山东省老年医学学会胃肠外科微创专业委员会及学习班参会代表回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 职称职务 | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | 联系电话 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | 是否住宿 | | | 否¨ 是¨ | |
| 入住时间 |  | | | | | | 住宿天数 | |  |
| 住宿预定 | 标准间：拼床 ¨；包房¨；  大床房：¨ | | | | | | | | |