附件：

**山东省社会办医疗机构协会**

**眼科管理分会超乳玻切进阶学习班**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **实训项目** | 白内障超乳实训 是（ ）否（ ） 玻切实训 是（ ）否（ ） |
| **住宿** | 11月17日 是（ ） 否（ ） |
| **报到时间** | 11月17日19：00之前报到（ ）（安排当日晚餐）11月17日19：00之后报到（ ）（自行解决当日晚餐）11月18日7:00-8:30报到（ ） |

注：请务必于11月10日前，将参会回执发至学习班筹备邮箱，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。