**山东省社会办医疗机构协会**

**疼痛管理分会2025年会暨山东省社会办医**

**第三届疼痛高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 3月29日 是（ ） 否（ ） |
| **报到时间** | 3月29日18：00之前报到（ ）（安排当日晚餐）3月30日7：30-8：20报到（ ） |

注：请务必于3月24日前，将参会回执发至大会筹委会邮箱。