**山东省社会办医疗机构协会**

**医学影像管理分会成立大会暨山东省社会办医首届医学影像高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 4月26日 是（ ） 否（ ） |
| **报到时间** | 4月26日12：00之前报到（ ）安排当日午餐4月26日12：00-15：30报到（ ）安排当日晚餐4月27日7：30-8：20报到（ ） |

注：请务必于4月22日前，将参会回执发至大会筹备邮箱sd\_yxyx@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。