**山东省社会办医疗机构协会血液净化管理分会成立大会暨山东省社会办医首届血液净化高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **住宿** | 6月20日 是（ ） 否（ ） | | | |
| **报到时间** | 6月20日13：00-15：30报到（ ）  6月20日15：30-19：00报到（ ）  6月21日7：30-8：20报到（ ） | | | |