附件一：

**山东省社会办医疗机构协会**

**医学影像管理分会医学影像医师培训班**

**（第一期）参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **报到时间** | 7月17日14:00-19:00报到（ ）7月18日7:30-9:20报到（ ） |