附件：

2016年云南省中西医结合学会妇产科专业委员会全体会议暨妇科微创手术进展学习班回执

单位（加盖公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 民族 | 职务或职称 | 手机 | 是否住宿（请注明双人间或是单人间） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |