

附件：

## “心身疾病的多学科诊疗高级研修班” 参会回执表

姓 名		性 别		职 称		职 务	
单 位 (发票抬头)							
纳 税 人 识别号码							
工 作 单 位							
单 位 地 址							
联 系 电 话				邮 政 编 码			
邮 箱							
交 通 方 式	<input type="checkbox"/> 乘机 <input type="checkbox"/> 高铁 <input type="checkbox"/> 其他	抵 达 时 间  返 程 时 间					
房 间 预 订	一人单住 <input type="checkbox"/> 二人合住 <input type="checkbox"/>			入 住 日 期  退 房 日 期			
备 注							