附件

**广西医学会创伤学巡讲第七期（柳州站）回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 参会人员 |
| 姓名 | 性别 | 职务（职称） | 学历 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：每个医疗机构限报2人参加培训；超出名额视为旁听理论课程人员（不能参加Workshop），旁听人员请在回执名单中注明。