**第18次全国心力衰竭联合大会**

**第20期全国远程心衰监测技术高级培训班**

**心力衰竭第14届全国委员会换届工作会议**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 纳税人识别码 |  |
| 通信地址 |  | | | | 邮政编码 |  |
| 参会人员 | 姓 名 | 身份证号码 | 性别 | 职务 | 手 机 | 电子邮件/微信号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住宿安排 | 标间（拼房）□ 包间 □ （请划√） 预定＿＿间 | | | | | |
| 备注 | 红色部分为必填项    可以通过扫码填报 | | | | | |