附件1 山东省卫生保健协会儿童急危重症专家委员会

 第四届学术会议暨儿童神经重症高峰论坛参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 邮箱 |  |
| 手机 |  | 微信 |  |
| 住宿情况 |
| 是否需要会议安排住宿 | □需要 □不需要 |
| 住宿天数 | □19号1晚 □20号1晚 □19-20号2晚 |
| 备注 | 因疫情原因，参会回执务必请于8月14日前发至对应邮箱，以便提前安排您的住宿。dm850307@126.com |