附件2：

会议回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 单位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**备注：**请参会人员于4月15日前填报回执，用excel或word格式发送至438029989@qq.com（自贡市第四人民医院行政办公室 李唐梅）。