**2017年浙江省全科医学学术年会参会回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职务/学会职务 |  | 职称 |  |
| 单位全称及部门 |  |
| 通讯地址及邮编 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| E-mail |  | 传真 |  |
| 住宿选择（请在括号内打√） | 住宿日期： 16号( ) 17号( ) 18号( )房型选择：迷你单间318元/间（含双人早餐） （ ）高级单间418元/间（含双人早餐） （ ）高级标间418元/间（含双人早餐） （ ）豪华标间468元/间（含双人早餐） （ ） |

**注:凡参会者必需填写回执，并在2017年6月6日前将电子版或扫描版发至627020648@qq.com，以便安排住宿及相关日程，联系人：季小妹，联系方式：18957093087。**