附件：

**2017 重庆创伤急救学术交流会暨重庆市医学会**

**创伤学术年会、庆市医师协会创伤医师分会年会**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **单位** | **职称** | **联系电话** | **是否住宿** |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |

请各位参会人员填写回执表（见附件），如需住宿请在回执中注明，于2017年10月9日前通过电子邮件（154216095@qq.com）、邮寄方式发给会务组或重庆市创伤外科医师微信群。