附件2：2021慢性疼痛病症诊疗研讨会暨适宜技术培训报名回执表

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 联系电话 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：请各医疗单位于2021年6月30日12:00时前发送到邮箱：1091148490@qq.com。