附件：

**中国非公立医疗机构协会眼科专业委员会**

**第四届学术年会暨全国临床眼科大会**

**报名表（复印有效）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 姓 名 |  | 职务/职称 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 姓 名 |  | 职务/职称 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 姓 名 |  | 职务/职称 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |

请参会人员认真填写会议报名表，并于7月15日前反馈至会务联系人。

会务联系人：王苡瑄

联系电话：15727342250

联系邮箱：fgl\_yk@163.com