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