附件2

**中国非公立医疗机构协会病理学专业委员会**

**第二届学术年会参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 手机 |  |
| 职务/职称 |  | 邮箱 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 是否需要代订酒店 | 性别：□男 □女□单间 □标间□9月3日 □9月4日□9月5日 □9月6日备注：（如需拼房等） |

请参会人员认真填写参会回执（附件2），通过扫描下方二维码进行报名缴费，并于8月30日前将参会回执通过电话、微信、短信等方式反馈至会议联系人。

会议联系人：

陈志伟 13818580965

李慧娟 18117167066

倪灿荣 13601632621

联系邮箱：pathology@cnmia.org

联系地址：上海市宝山区园康路300号2幢8层，邮编200444