附件2：

**中国非公立医疗机构协会消化病专业委员会**

**及消化内镜专业委员会2020年会**

**暨陕西省保健学会消化疾病防治专业委员会年会**

**参 会 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **单 位** |  |
| **性 别** |  | **职称/职务** |  |
| **手 机** |  | **电子邮箱** |  |
| **所属专业委员会** | □协会消化病专业委员会 □协会消化内镜专业委员会□陕西省保健学会消化疾病防治专业委员会□其他 |
| **是否本人参会** | **□是 □否（若专委会委员委派代表参会，请填写以下委托参会人信息）** |
| **委托参会姓名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **备 注：** |
|  |