附件：

**中国非公立医疗机构协会眼科专业委员会**

**2019学术年会会议报名表（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 | 　 |