附件2

**国际医疗旅游法律系列培训报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（全称） |  |
| 报名及缴费联系人 |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 职称 | 手机号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：此表可添加行，请填写后于8月30日前通过邮件方式反馈至会议联系人，并及时扫描二维码完成缴费。