附件2

**参会回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作单位** （标准全称） |  | | | |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **职称**  （副高及以上/中级/初级/乡村医生） | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
| **是否来自基层**  （县及以下、社区等医疗卫生机构） | | | **单位所在地**  （省\自治区\直辖市） | |
|  | | |  | |