附件：

**中国非公立医疗机构协会精神与心理专业委员会**

**2019年学术年会参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **手机号** |  |
| **单位** |  |
| **是否委员本人参会** | **□是 □否**（若否，请在下方填写委托参会人信息） |
| **预定住宿** | 入住时间：□12月13日  □12月14日 □12月15日 |
| **姓名** |  | **手机号** |  |
| **单位** |  | **职务/职称** |  |

请各参会人员认真填写参会回执，并于2019年11月30日前通过短信、微信、邮箱或传真等方式反馈至会议联系人。

会议联系人：

 葛杰，江苏省沭阳县脑科医院院办主任

 手机号：137 0524 9991（微信同号）

 王宗洋，专委会秘书处

 手机号：138 1052 0203（微信同号）

邮箱：wangzongyang8744@outlook.com、767884@qq.com