**第一届北京大学妇科肿瘤手术研讨会报名回执**（复印有效）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名: | 性别： | 职称： | 职务： | 电话： |
| 单位名称: |  | 微信: |
| 联系地址： |  | 邮编： |
| 发票抬头： |  | 住宿：□ 是 □否 |