**杭州医学院实习工作会议暨校外实践教学基地签约仪式回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **职务** |  | **职称** |  |
| **工作单位** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **联系电话** | **办公：****手机：** | **E-mail** |  |
| **是否住宿** |  | **入住日期** |  | **离会日期** |  |
| **住宿标准****（请注明独住、合住或其它要求** |  | **是否带司机** |  |

**注：回执复印有效。回执邮寄地址：杭州市滨江区滨文路481号杭州医学院实践教学中心。电子版回执请发至邮箱27931878@qq.com**

**杭州医学院实习工作会议暨校外实践教学基地签约仪式回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **职务** |  | **职称** |  |
| **工作单位** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **联系电话** | **办公：****手机：** | **E-mail** |  |
| **是否住宿** |  | **入住日期** |  | **离会日期** |  |
| **住宿标准****（请注明独住、合住或其它要求** |  | **是否带司机** |  |

**注：回执复印有效。回执邮寄地址：杭州市滨江区滨文路481号杭州医学院实践教学中心。电子版回执请发至邮箱27931878@qq.com**