**报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 单位全称 | 专业 | 学历 | 职称/职务 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 是否参加学分考核（限额50名） | | | | |  | | | |
| 是否参加诊断医师培训考核 | | | | |  | | | |

注：请正确填写回执信息，前50人将同时获得参会密码和学分回复邮件，其余人员只能获得参会方式