**《超声心动图高峰论坛暨经食管实时三维超声心动图高级研修班》回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职称或职务 | 单位名称及地址、邮编 | 是否住宿 | 住宿日期 | 电话 |
|  |  |  |  |  |  |
| 参加经食管实时三维超声心动图高级研修班操作培训：是否 | | | | | |

邮寄地址：深圳市宝安区新湖路1333号南方医科大学深圳医院超声医学科 518100