附件二：报名回执

**2020年省级继续医学教育项目**

**“Ponseti方法治疗先天性马蹄内翻足新进展”学习班学员报名回执**

**工作单位：邮政编码：**

**单位地址：电话号码：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **年龄** | **性别** | **职称** | **科别** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：本次会议免收培训费，[请有意参加者于11月28日之前填好报名回执发送至邮箱orthzhangyong@aliyun.com](mailto:请有意参加者于11月28日之前填好报名回执发送至邮箱orthzhangyong@aliyun.com)。