**附件1**

**肿瘤姑息护理进展学习班报名回执表**

**（此表复制有效）**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 职称 |  |
| 职务 |  |
| 工作单位及科室 |  |
| 邮寄地址 |  |
| 邮编 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮箱 |  |
| 是否需要预订酒店 | 〇是 〇否 |
| 住宿要求 | 〇大床房 〇标准间 |
| 住宿时间 | 入住：5月 日 退房：5月 日 |
| 备注 |  |