附件

仁寿县人民医院市级继教项目

“消化道恶性肿瘤规范化治疗暨肿瘤营养治疗”

参会回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单 位 | 职务/职称 | 移动电话 |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|   |  |   |   |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |