**骨性畸形的多学科联合治疗培训班”报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系电话 |  | 是否开发票 |  |
| 发票抬头 |  | 纳税人识别号 |  |
| 单位名称 |  | 邮箱 |  |