附件2

第十二届全国妇产科药学大会报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 手机号码 |  |
| 性别 |  | 电子邮箱 |  |
| 年龄 |  | 职称 |  |
| 通信地址 |  |
| 工作单位(请填写单位标准全称) |  | 是否来自基层(县级以下、社区等医疗卫生机构) |  |
| 备注 | 注册参会代表方可获得学分。如有问题请邮件咨询，电子邮箱:z05@cpa.org.cn |