

# 中华医学会医学工程学分会

## 《中国医疗设备》杂志社

### 参 会 回 执

填写日期：2011年 月 日

单位名称						
详细地址					邮 编	
经 办 人	联系电话			传 真		
护照类型	因私 <input type="checkbox"/> 因公 <input type="checkbox"/>		护照有效期			
电子信箱						
考察人	性别	职务	职称	联系电话	身份证号及护照号	所选考察方案
你的建议 或要求				单位盖章	(公章)	

注：请将参会回执传真或 E-mail 至组委会秘书处