**附件1：**

|  |
| --- |
| **双胎妊娠遗传咨询专场报名回执** |
| **姓名** |  | **性别** |  |
| **职称/职务**  |  | **年龄**  |  |
| **工作单位**  |  | **科室**  |  |
| **联系电话**  |  | **邮箱**  |  |
| **是否住宿**  |  | **住宿日期**  | 6月15□、16□、17□ |

**※因继续教育学分证发放要求，请认真填写此表，务必于报名截止日期前发至jingtong9117@163.com  ，过期将影响学分证发放，参会人员安排以报名回执为准。**