产科高级临床技能及新进展(暨高级产科生命支持)培训班

暨第二届危重孕产妇抢救团队培训会参会回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联系人手机和Email：  |
| 姓名 | 性别 | 科室 | 职务/职称 | 电话 | 手机 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 备注：  |