**附件4 会议回执**

**2017年中国生物医学与康复工程论坛**

**暨第十六届全国生物医学工程专业学位研究生教育工作研讨会会议回执**

**单位： 联系人： 联系人电话：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **职称/职务** | **联系电话** | **邮箱** | **是否会议发言及题目** | **到会与返程日期、车次/航班** | **是否需住单间** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**温馨提示**

1. 请参会单位务必将《会议回执》于**2017年10月20日前**发送电子邮件至会务组邮箱：yjspyk@126.com**，**以便安排住宿和接待。

2. 请参会代表务必在“是否需住单间”栏目选择，以便会务组安排。

3. 滨州医学院会务组联系方式

许 昌，联系电话：0535-6913152，18663856376;

谭风和，联系电话：0535-6913252，13589825756

张璐萍，联系电话：0535-6913152，13245359816；

E-mail：yjspyk@126.com。

联系地址：山东省烟台市莱山区观海路346号滨州医学院邮编：264003