**2018年中华口腔医学会科技奖推荐及培训会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 推荐单位 |  |
| 单位性质 | □ 国家重点学科□ 博士点□ 硕士点□ 省口腔医学会（医学会口腔分会） |
| 科研管理部门负责人 或省学会领导 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | 电子邮件 |  |
| 推荐联系人 |  | 职务 |  |
| 手机 |  | 电子邮件 |  |
| 是否参加12月29日培训 |  □是 □否 |
| 参会人 | 职务 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 是否需要订房□是 □否 | 姓名 | 性别 | 入住日期 | 退房日期 | 房型 |
|  |  |  |  | □标准间 □单人间 |
|  |  |  |  | □标准间 □单人间 |
| 是否有意向参与推荐 | * 是 □否
 |
| 拟推荐数目： 项 |

请填写回执，于2017年12月20日之前发至csakjj@cndent.com