**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