附件1：

**2020住院医师技能操作演练（上海年会站）参练回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 规培基地全称 | 手机 | 邮箱 | 中华口腔医学会会员号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |