**参会回执**

**第一届清华长庚听力学技术基础与临床应用学习班**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** |  | | **年龄** |  | **电话** | | |  |
| **单位** |  | | | **科室** | |  | | **职称** | | |  |
| **详细**  **地址** |  | | | | | | | **邮编** | | |  |
| **E-mail** |  | | | | | | | | | | |
| **是否**  **住宿** | **是 否** | **时间** | | | **10月 日至10月 日** | | | | **住宿标准** | **单床 ：380元/天/人（ ）**  **（含一人早餐）**  **单间： 190元/天/人（ ）**  **（含一人早餐）** | |
| **所在单位意见**  **(盖章)** | |  | | | | | | | | | |
| **备注：** |  | | | | | | | | | | |

**参会回执单**

**备注：**

**此回执单复印有效，并可通过北京清华长庚医院网站下载，**

**网址：www.thucgh.tsinghua.edu.cn;请您认真填写联系电话和E-mail地址，会议日程安排和其他通知将会发送到您的信箱，便于联系。**