附件：**2020中国肿瘤防治联盟年会暨2020中国精准医学大会参会回执**

**（复印有效）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 个人相片  （一寸大小） | |
| 性 别 |  |
| 职 称 |  |
| 单 位 |  |
| 科 室 |  | 职 务 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 联系方式 | 座机： 传真：  邮箱： 手机： | | |
| 省 份 |  | | |
| 专业委员会名称 |  | | |
| 个人专业任职  及学术成就  （限180字） |  | | |
| 需要会务组  协助预订房间 | □ 12月25日 □ 12月26日 | | |
| 需要会务组安排  广州市内交通 | * 是 □ 否 | | |

注：**1.本回执各项内容请务必填写，用于国家级专委会主委、副主委、常委推选时参考。**

2.届时大会会务组会联系您，协助办理酒店入住及相关事宜。

3.参会回执以 “省份+专委会+姓名” 命名方式发送至ucommsc@163.com邮箱。