附件：

湖北省预防医学会疫苗与免疫专业委员会一届四次会议

暨特殊人群接种和预防接种不良反应处理培训班

回 执

工作单位：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **邮 箱** | **手机** | **住宿****（单人住/双人住）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：如带司机，也请填写回执，以便统一安排食宿。