

参会回执

单位名称						
详细地址 邮政编码						
姓名	年龄	性别	职称及职务	手机	是否住宿	入住酒店 日期

此表复印有效

2015 年 月 日

回执请寄：广东省广州市中山二路 58 号中山大学附属第一医院泌尿外科刘旭添收（邮政编码：510080），信封正面左下角请注明“泌尿会议报名”。联系电话：020-87333300、Email:urology@vip.163.com