

附件 2

中国卫生信息学会第七次全国会员代表大会 参会回执

姓名		性别		民族	
工作单位				职务\职称	
手机		电子邮箱			
推荐来源 (请在□内划√, 并填写信息)	<input type="checkbox"/> 国家卫生计生委司局及直属联系单位 <input type="checkbox"/> -----省(自治区、直辖市)卫生计生委 <input type="checkbox"/> 新疆生产建设兵团 <input type="checkbox"/> 解放军总后卫生部、武警部队后勤部卫生部 <input type="checkbox"/> 学会-----专业委员会				
是否为理事候选人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				