附件2：

江苏省整形美容协会抗衰老分会2020年学术年会

**回 执 表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **职称** |  |
| **工作单位** |  | | | **职务** |  |
| **身份证号** |  | | | **年龄** |  |
| **学 历** |  | | | | |
| **单位地址** |  | | **邮编** |  | |
| **联系电话** |  | | **传真** |  | |
| **电子信箱** |  | | | | |
| **是否住宿** |  | | | | |

请于 2020 年 10 月10日前将回执卡反馈至江苏省整形美容协会。

联系人：徐晶，电话：13656218788，邮箱：13656218788@qq.com。