

附：《老年患者的肠内营养治疗及临床应用》学习班回执（可复印）

姓名		性别		职称/职务	
工作单位				联系电话/ 手机	
通信地址/邮箱				邮政编码	
住宿标准					
入住酒店时间					

（请于 7 月 12 日前寄回或电邮，以便安排）

选送单位名称（盖章） 月 日