**2016年中国实验动物学会实验病理学专业委员会**

**学术研讨会参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称/职务 |  |
| 单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| E-mail |  | 传真 |  |
| 到达时间：月日上午☐下午☐ | 离开时间：月日上午☐下午☐ |
| 会议论文报告（请单击选“✓”）：是☐否☐报告题目： |
| 住宿（请单击选“✓”）：是☐否☐☐单人间 320元/间/天☐双人标准间 320元/间/天☐是否合住☐是否有合适人选☐是否接受会议安排的合住人 |

 注：参会人员每人均需单独填写会议回执，并请将回执务必于2016年6月20日前发送至pathology2016@126.com。

**金海岸罗顿大酒店地图**