**附件2: 参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗移动支付技术应用培训回执**  **（2015年7月10日）** | | | | | |
| 单位名称 | 姓名 | 部门 | 职称/职务 | 手机号码 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |