

第三届北京重大疾病临床资源库标准化建设国际会议

参会回执

单位名称	序号	姓名	科室	职称/职务	联系方式	邮箱
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					