**附件二：**

**“第二届癫痫全外显子测序结果分析高级培训班”注册表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 电 话 |  | E-mail |  |
| 单位名称及科室 |  | | |

请将回执表于11月10日前发送至邮箱caaewes@163.com