附件2

参加PET/MR公益体检回执

所在单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 院士姓名 | 体检时间段 | 联系人 | （联系人）电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |