附件1

“中华中医药学会眩晕防治协同创新共同体成立大会”

报名回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职务、职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 固定电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 移动电话 |  | | | 传真 |  | | |
| 住 宿 | 合住标间（ ） 单间（ ） | | | | | | |
| 餐 饮 | 需要（ ） 不需要（ ） | | | | | | |
| 其他要求与建议 | | | | | | | |

备注：1.此表复印有效。

2.请参会代表提前报送参会回执，以便会务组及时安排有关事宜。