附件

“第三届长桑君脉法助力生殖医学国际论坛暨秋子医院关注女性生殖健康学术研讨会”

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | |
| 餐 饮 | 需要□ 不需要□ | | | | | | |
| 住 宿 | 单间□ 合住标间□ | | | | | | |
| 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。