附件：

|  |
| --- |
| 中华中医药学会疼痛与康复学术产业联盟成立大会回执 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 住宿 | 人数：人；时间：6月日-日；包房□合住标间□ |
| 备 注 |  |