附件

参会回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  | 二  寸  彩  照 |
| 联系方式 |  | 微信 |  | | 信箱QQ |  | |
| 工作单位 |  | | | | 职务 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | 参会人数 | |  |
| 食宿 | 是否需要提前预订食宿？（食宿要求） | | | | |  | | |
| 备注：参会代表请于**10月5日前**，将本回执表填写后发至邮箱：shuizhendao@163.com；或微信、手机短信报名，请将参会人员姓名、联系方式等信息发至联系方式中手机号或微信号；申请增补中华中医药学会国际中医微创共同体成员的代表，请填写申请表后附带相关资料一并发至邮箱：shuizhendao@163.com ，申请表见附件。 | | | | | | | | |