附件

第十五次中医护理学术交流会参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | | | 职务 |  |
| 邮箱 |  | | | 手机号 |  |
| 住宿要求 | 单间单住□ 标准间合住□ 不需要住宿□ | | | | |

请务必于10月15日前将参会回执发至：zyhlxsjlh@163.com。