附件：

中华中医药学会民间特色诊疗技术研究分会第十一次学术年会

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮编 |  | |
| 联系电话 |  | |  |  | | |
| 发票抬头 |  | | 邮箱 |  | | |
| 姓名 | | 性别 | 职务/职称 | 住宿要求 | | |
| 合住（住宿时间及天数） | | 单间（住宿时间及天数） |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |
|  | |  |  |  | |  |