附件.

首届中医药健康服务业发展论坛**回执**

|  |
| --- |
| 单位名称： |
| 单位地址： | 邮编 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 电话/传真 | 手机 | 电子信箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 参加形式 |  □需要参会   □不需要展位 |
| 住宿安排 | □单住       □合住 □不需要住宿 |
| 费用 | ￥：    元     大写： 万    千     佰     元整 |

注：回执请务必填写完整，并请于2017年7月30日前以传真或邮件方式回传，并于3个工作日内办理费用。