附件

中华中医药学会治未病分会2017年年会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 单位 |  | | | 职务 |  |
| 通讯地址 |  | | | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | | | 微信 |  |
| 到达时间 |  | | | 往返航班/车次 |  |
| 离开时间 |  | | |  |
| 住宿要求 | □单间单住 □标间单住 □标间合住 住宿天数： | | | | |