附件

中医内科青年医师科研创新思维与临床经验交流大会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位名称 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 联系地址 |  | 报到时间 |  |
| 住宿要求 | □单间单住 □标准间合住 住宿天数：\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |