附件

“慈方中医传承发展国际论坛-睡眠异常疾病 针药治疗实战经验交流大会”参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 |  | 职务、职称 |  |
| 工作单位 |  | | | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 固定电话 |  | 电子邮箱 |  | | |
| 移动电话 |  | 传真 |  | | |
| 参会形式 | 现场参会（） 线上参会（） | | | | |
| 其他要求与建议 | | | | | |

备注： 1.此表复印有效。

2.请参会代表提前报送参会回执，以便会务组及时安排有关事宜。