附件

第五届海峡两岸青年中医药传承创新论坛暨

妇产生殖中医药治疗论坛参会回执

|  |
| --- |
|  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 餐饮 | 需要□ 不需要□ |
| 住宿 | 时间： 月 日- 月 日；单间□ 合住标间□ |
| 备注 |  |