附件

2023海峡两岸中医药发展与合作研讨会

参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生年月 |  | 职务/职称 | |  | |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |

备注:

1．请将回执填写完整后于8月31日（周五）16时前发回至邮箱tgazx@126.com，请注明邮件名称“2023厦门研讨会+姓名”，回执电子版或照片均可。

2．电子版回执下载地址：https://www.cacm.org.cn/。