附件

中华中医药学会皮肤科分会基层大讲堂（上海站）回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 单位 |  |
| 通讯地址 |  | 从事专业 |  |
| 邮箱 |  | 手机 |  |
| 住宿预订 |  | 住宿时间 |  |