附件:

中华中医药学会脑病分会2016年学术年会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 职称 | |  |
| 单位 |  | | | | 职务 | |  |
| 邮箱 |  | | | | 邮编 | |  |
| 手机 |  | | | | 固定电话 | |  |
| 地址 |  | | | | | | |
| 住宿 | 是□ 否□ | | | 要求 | | 单住□ 合住□ | |
| 其他 |  | | | | | | |

说明：

1. 参会者请将此表于2016年10月30日前返回。

2. 因房间紧张，需要预定酒店者，请务必10月20日前返回，回执发至qgnbh@126.com。逾期请自行联系住宿。