附件：

第十四次中医护理学术交流会暨中华中医药学会

护理分会换届改选会议回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 学会任职 |  |
| 职称/职务 |  | 身份证号 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 手 机 号 |  | | 邮箱 |  | |
| 入住时间（必填） | 月 日（上午□ 中午□ 下午□ 夜间□） | | | | |
| 离开时间（必填） | 月 日（上午□ 中午□ 下午□ 夜间□） | | | | |
| 住宿要求(必填) | 标间（单住□，合住□） 单人间□ 不住宿□ | | | | |