附件1.

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 |  | | | | | 座机 |  |
| 地址 |  | | | | | | |
| 住宿 | 是□  否□ | 单住□  合住□ | | | 住宿\_ 天，□11月25日晚；□11月26日晚；□11月27日晚 | | |
| 其他 |  | | | | | | |

说明：

1.参会者请将此表于2016年11月10日前返回。因房间紧张，需要预定酒店者，请务必在指定日期前返回，会务组将统一提前预定及安排，逾期请自行联系住宿。

2．此表可复印。