附件：

第七次全国中医生殖医学学术研讨会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 职称 |  | 民族 |  | 邮箱 |   |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 手机 |  | 电话 |  |
| 房间要求 | □标间 □单间  |

请于2017年5月30日前将回执发送至邮箱zy60908736@163.com。