附件：

中华中医药学会肾病分会2017年学术会议回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 职 称 |  |
| 工作单位 |  | | | 职 务 |  |
| 电 话 |  | | 邮 箱 |  | |
| 住宿要求 | □不住宿 □单间 □标间 | | | | |
| 到会时间 |  | | 离会时间 |  | |

注：请参会代表务必于7月15日前将回执发至邮箱380709727@qq.com，

以便安排住宿。