附件：

中华中医药学会耳鼻喉科分会第二十三次学术年会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 年龄 |  | | 职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | 科室 |  |
| 电 话 |  | | | 邮箱 | | |  | | |
| 是否住宿 | □否 □单间 □标间 | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

注：请务必于2017年10月1日前将回执发至30713139@qq.com