附件：

儿童肺炎防治高峰论坛暨中华中医药学会儿童肺炎联盟成立大会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年 龄 |  |
| 学 历 |  | 职称/职务 |  | | 民 族 |  |
| 手 机 |  | 微信号 |  | | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | | | | 部门/科室 |  |
| 联系地址 |  | | | | 邮 编 |  |
| 身份证号码 | （需学分证者请填写） | | | | | |
| 住宿安排（如无需预订住宿则不填写） | | | | | | |
| 入住需求 | * 单人入住——大床房 | | | □单人入住——双标间 | | |
| □接受拼房——双标间（会务组将安排您与其他参会者同住一间，共同承担会议期间房费） | | | | | |
| 入住时间 |  | | 离开时间 | |  | |