附件：

中华中医药学会老年病分会2017年学术会议回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 | |  | 民族 |  |
| 职务/职称 |  | 联系电话 | |  | | 手机 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | 微信号 |  | | | |
| 住宿安排 | □标间合住 □单住 | | | | | | | |