附件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位名称 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 报到时间 |  | | |
| 住宿要求 | □单人间单住 □标准间合住 住宿天数： 天 | | |

中华中医药学会运动医学分会2017年学术年会参会回执

请于10月1日前将参会回执发至：1563330129@qq.com。