附件

2017全国中医肿瘤学术年会会议参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位名称 |  | 职称 |  |
| 通讯地址 |  |
| E─mail |  | 手机 |  |
| 住宿要求 | □标间合住 □单间单住 □不需住宿住宿日期： 日- 日 |

注：因参会代表较多，若大床间数量有限，可能会安排部分计划入住大床间的代表在标准间合住