附件

中华中医药学会2017年检验医学学术会议回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 单位名称 |  | | | 职务/职称 |  |
| 手机电话 |  | 邮 箱 |  | | |
| 住宿要求 | □不需住宿 □标间合住 □单间单住 住宿天数:\_\_\_\_\_ | | | | |