附件

中华中医药学会外科分会2017年学术年会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 职务 |  | | | 微信 |  |
| 手机 |  | | | 邮箱 |  |
| 住宿安排 | □单间单住 □标间合住 □不需住宿 住宿日期： | | | | |