附件.

中华中医药学会全科医学分会第二次学术年会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职务/职称 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | 部门 |  |
| 详细地址 |  | 邮编 |  |
| 邮箱 |  | QQ |  |
| 住宿要求 | □不需住宿 □单间单住 □标间合住 | | |