附件

中华中医药学会骨伤科分会2018年学术年会参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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  住宿时间：5月 日至 日 | | |

请参会代表将参会回执于2018年05月10日前发送至：[zhzyyxhgskfh@163.com](mailto:zhzyyxhgskfh@163.com)