附件

中华中医药学会周围血管病分会第十次学术年会暨换届选举会议参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 手机 |  |
| 单 位 |  | | | | 职务/职称 |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 住宿需求 | □单人间 □标间合住 合住人姓名： | | | | | |

1.为保障住宿安排，请您务必及时填写回执，并按时发回。逾期不保证住宿安排。

2.凡没注明“需要单人间”的，均按照可以合住安排，未标明合住人姓名的，由会议统一安排。

3.请于2018年6月28日前将邮件发至zwxgbfhl0@126.com。