**附件:**

**中医药现代化国际化改革发展研讨会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 职称/职务 |   |
| 民族 |   | 电子邮箱 |   |
| 单位 |   | 手机 |   |
| 通讯地址 |   |
| 住宿要求 | □ 标间合住     □单间单住     □不需要住宿住宿日期：□ 24日   □ 25日 |

备注：请务必正确填写联系方式和电子邮箱，以便会务组通知会议相关资讯。如有随行人员，请直接与会务组联系。