附件1：

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.本次会议酒店地处北京二环以内，繁华地带，闹中取静，会议时间为暑期旅游高峰，房源紧张。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7 月31 日 前 将 回 执 发 至zwxgbfhl0@126.com