附件1

中国民族医药学会针灸分会学术交流会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | 职务/职称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | 联系电话 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  |
| 备 注 | 是否安排住宿：是□ 否□住宿：单人间□ 标准间□ 标准间（合住）□民族习俗及饮食习惯： |

注：请参会代表请参加会议的代表务必将会议回执填妥后于2016年5月30日前发送电子邮件至1447003128@qq.com，以便会务组协助安排会议食宿。联系人：白 妍，联系电话：18646334457。