附件

2017中国中医民族医急诊医学

学术交流会参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **民族** | **单位、科室及职务** | **手机** | **住宿** |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
|  |  |  |  |  | 5日晚□6日晚□不 住□ |
| **备注** |  |

注：请参会人员于2017年4月10日前将回执发至jzfh2015@126.com邮箱。因民族习惯有餐饮特殊要求者，请在回执备注栏中注明。