附件

民族医药医保信息与大数据共享

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 |  |
| 手 机 |  | 电子信箱 |  |
| 住房要求 | 海南省三亚市保利凤凰酒店：标准间**300**元/天 单人间**300**元/天是否安排住宿：是□ 否□住宿：单人间□ 标准间□ 标准间（合住）□ |
| 备 注 | 民族习俗及饮食习惯： |

注：请参会者填写此表后于2018年1月20日前将会议回执发至电子邮箱：lgglqz@163.com，联系人：刘奇楠（18610724887）。