附件

中国民族医药学会民营医疗机构分会2019年

学术年会暨中医民族医专长发展论坛回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | | | 职务/职称 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 | |  | | | |
| 备注 | 个人会员费50元/年：  清真用餐： | | | | | | |

注：请将回执填好后于2019年5月31日前发到zgmyyljg@126.com。联系人：张老师，联系电话：010-80181203，手机：13436664828。