附件

中国民族医药学会儿科分会

第四届全国学术大会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | 部门/科室 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | 电子信箱 |  |
| 住房要求 | 住宿标准：标准间：□450元/天 □650元/天 □330元/天□单人入住标间 □标间拼房 |
| 到会时间 |  | 离会时间 |  |
| 备 注 |  |

注：请参会者填写此表后于2018年3月25日前反馈至电子邮箱：erke58081@126.com。

联系人：张 静（13938513375）、任献青（13673712698）。