附件

中医特色疗法高峰论坛回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 微信 |  |
| 单位名称 |  | | | 电话 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 |  |
| 手 机 |  | | | 电子信箱 |  | | |
| 备 注 |  | | | | | | |

注：请参会者填写此表后于2023年4月30日前发送电子邮件至80068133@qq.com；联系人：夏岩13776622688。