附件1

中国民族医药学会医史文化分会2024年学术年会

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 | |  | |
| 住宿标准 | 是否安排住宿：□否  □是  □标准间：360元/日 | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |

注：请参会人员务必于2024年6月20日前将参会回执发至会务组邮箱：1016255443@qq.com。