世界中医药学会联合会



**World Federation of Chinese Medicine Societies**

**参会回执：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | 男□ 女□ |
| 国籍 |  | 职务**/**职称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 到会时间 |  | 离会时间 |  |
| 航班**/**车次日期时间 |  | 住宿要求 | 标准间□（独住□，合住□） |
| 饮食要求 |  | 随行人员 | 有□（请于备注提供随行人员信息）  无□ |
| 备注 |  | | |