**附件2：**

**第二届中医药科技创新与特色医疗服务发展大会参会回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 区 号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 姓名 | 性别 | 手机 | 固话 | 微信号 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

电话：徐宝军010-52592251转609 报名邮箱：mishuchu609@126.com