附件

2023中医药服务妇幼健康大会暨中华中医药学会妇幼健康协同发展平台成立会

参会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **所在单位** |  | | |
| **职务/职称** |  | **性别** |  | **联系电话** |  |
| **报到时间** |  | **离会时间** |  | | |
| **住宿时间** | 共 晚  2023年 月 日— 月 日 | **住宿需求** | 🞎 标间单间  🞎 标间合住  🞎 不住宿 | | |
| **备注** | **会议报到时间：**2023年9月16日(09:00-19:00)  **会议住宿地址：**北京丽景湾国际酒店（朝阳区东四环十里堡北里28号）  **温馨提示：因参会代表较多，大会统一安排住宿，请详细填写住宿标准及时间，谢谢！** | | | | |
| *\*如同一单位多人参会需每人表填写一份回执* | | | | | |

备注：住宿费、交通费、差旅费自理