附件

**参会回执表**

（第一轮）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  | | | | |
| 职务 |  | 职称 |  | 从事专业 |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 收据信息 | 单位名称：  统一社会信用代码：  单位地址：  单位电话：  开户银行：  开户账号： | | | | |
| 是否需要安排住宿 | 〇 需要 〇不需要 | | | | |
| 住宿日期 | 〇12月3日 〇 12月4日 〇12月5日 〇12月6日 | | | | |

注：本回执每人填写一份。

请于 2024年10月30日前返回至中国康复医学会中药学与康复专业委员会秘书处邮箱：[20081027@zcmu.](mailto:815861598@qq.com)edu.cn

住宿信息：江苏省南京市栖霞区仙林大学城学典路6号新地酒店