**第七届传统医学与现代医学比较国际学术大会暨**

**第十五次全国中西医结合防治呼吸系统疾病**

**学术研讨会报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 专业 |  | 联系电话 |  |
| 微信号 |  | 电子邮箱 |  |
| 是否投稿 | □是 □否 |
| 是否大会发言 | □是 □否 |
| 住宿要求 | □单间 □标间 |
| 住宿时间 |  | 天数 | 天 |

注：由于单间有限，不一定能满足所有参会代表的要求，届时大会组委会协调安排，请予谅解。