**附件1**

第三届山西省中医药学会

少儿推拿专业委员会学术年会暨太原市少儿推拿成立大会

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性别 |  | | | 职称 |  | | 职务 |  |
| 是否为中医药学会会员 | |  | 中医药  学会编号 | | | | |  | | | |
| 单位(发票抬头) |  | | | | | | | | | | |
| 纳税人识别号码 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 | |  | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 邮 箱 | |  | | | | | | | | | |
| 交通方式 | | □乘机  □高铁  □其他 | 抵达时间  返程时间 | |  | | | | | | |
| 论文投稿 | | □是  □否 | 论文题目 | |  | | | | | | |
| 房间预订 | | 一人单住□ 二人合住□ | | | | | | | | | |
| 特殊要求 | |  | | | | | | | | | |

请于2019年6月1日前将回执发至联系邮箱**sxsxetnzywyh@163.com**。