**火针治疗临床疾病培训班**

报名回执

（复印有效，请务必在2019年5月 15 日前寄回）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 单位 |  | | | 职称/职务 |  |
| 地址 |  | | | 邮编 |  |
| 手机 |  | | | 传真 |  |