附件：

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 名 |  | 性 别 |  | 职 称 | |  | 职 务 |  |
| 是否中国针灸学会会员 | |  | 中国针灸学会会员编号 | | | |  | | |
| 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 |  | | | | | | | |
| 住宿时间 | | 15日 □ 16日 □ 17日 □ | | | | | | | |

备注：请与会人员填写回执，于2023年8月31日前发至邮箱：2095246494@qq.com