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