附件1：

**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 | | |  | | | |
| 发票抬头 | |  | | | | | | | |
| 纳税人识别号码 | |  | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | |
| 手机号码 | |  | | | 邮政编码 | |  | | |
| 邮 | 箱 |  | | | | | | | |
| 住 宿 | | 是否住宿： 是 □ 否 □ | | | | | | | |
| 住宿时间：2日 □ 3日 □ 4日 □ | | | | | | | |
| 房间预订 | | 单间 □  标间（合住）□ | | | | | | | |
| 餐饮等特殊要求 | |  | | | | | | | |

备注：请与会人员填写回执，于2024年7月8日前发至邮箱：zjzjfh2024@163.com

邮件主题务必注明“2024针灸整脊成立会议参会回执+姓名”。