**附** **件**

**山东中医药学会周围血管病专业委员会学术年会** **参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机 |  |
| 单 位 |  | | | 职务  职称 |  |
| 电子邮箱 |  | | | | |
| 住宿需求 | 单人间();标间单住();标间合住()  住宿日期：7月12日(),7月13日()。合住人姓名； | | | | |

1.本次会议酒店地处市区，房源紧张。为保障住宿安排，请您务必及时

填写回执，并按时发回。逾期不保证住宿安排；

2.凡没有注明“单人间、标间单住”的，均按照标间合住安排，未标明

合住人姓名的，由会务组统一安排；

3.请于2024年6月21日前将回执发至xueguangaoren90163.com。