**附件：**

**云南省中医药学会生殖医学及云南省中医药学会男科专业委员会2020年学术年会参会回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 纳税人识别号 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 参会人数 |  | 代表联系人及电话 |  |
| 酒店住宿天数： |
| 参会代表信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 手机号 | 单间/标间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **注意事项** |
| 1、请填写此表（或电邮、微信报名）回复组委会，以确认参会单位代表信息。2、本次大会住宿酒店为海鸥宾馆，因酒店资源紧张，请参会代表尽早回复会务组，以便预定房间。3、如有疑问请及时联系会务组，如有特殊需要请于备注处注明。4、与会代表请务必携带身份证等有效证件。5、清真饮食请在备注信息里注明。 |