**2020年全国中西医结合教育研讨会参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | 职称/职务 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号码 |  |
| 邮 编 |  | E-mail |  |
| 是否需要学分 |  | 是否提交论文 |  |
| 备 注 |  |