世界中医药学会联合会乳腺病专业委员会第九届学术年会

暨 第九届国际中西医结合乳腺病学术大会

参 会 回 执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 参会单位名称 |  | | | |
|  | | | | |
| 是否初次参会 | 🞎 是 🞎 否 | | | |
| 是否需要住宿安排 | 🞎 是 🞎 否 | | | |
| 备注：   1. 参会人员食宿统一安排，费用自理 2. 确定请在🞎打“√”； 3. 请在2025年10月10日前将会议回执发至：zyrxbyjslt@163.com 4. 有任何问题可联系：吴春宇：18917769059、宋晓耘：13817041527 5. 会议地址：上海中医药大学附属龙华医院（上海市徐汇区宛平南路725号） | | | | |