



# 世界中医药学会联合会

World Federation of Chinese Medicine Societies

## 大会报名表 (此表复印有效)

姓 名		性 别		联系方式(手机)	
联系地址				邮 编	
单位名称				职 务	
Email		传 真		报到时间	
随同参会 人 员	姓名 1:	单位:	职务/职称:		
	姓名 2:	单位:	职务/职称:		
欲大会发言题目或大会特技演示题目:					
参与 项 目	出席会议 <input type="checkbox"/> 参与优秀论文评奖 <input type="checkbox"/> 申请世界中联中医特色诊疗研究专业委员会 “理事” <input type="checkbox"/> 申请担任大会协办单位 <input type="checkbox"/> VIP 贵宾: (会议合影及开幕式在前 排就坐、有会议桌牌、佩戴胸花、安排发言, 限 10 人) <input type="checkbox"/>				
邮局汇款	收款单位: 北京阳光志成医药科技中心 汇款地址: 北京市 100085—038 信箱 邮 编: 100085				
意见反馈: 您对本次会议的内容有何意见和建议? 您所要专家或领导解答的问题?					
所在单位公章: (负责人签字):					
日期: 年 月 日					

注: 若您打算参加会议, 请先填写以上回执邮寄或传真至组委会, 以便及时注册并办  
理会议出入证及会务预定等相关事宜。报到时请务必携带身份证原件、护照原件等  
基本证件。(本文复印件有效, 可代为转发, 谢谢!)