



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!）