附件：

教育部高等学校中西医结合类专业教学指导委员会

2019年第一次工作会议参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | 职称/职务 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 邮编 |  | 电子邮箱 |  |
| 参会信息（参会者填写） |
| 住宿时间 | 7月 日至 日 | 住宿要求 | 标准间 间，单间 间 |
| 去程航班 |  | 返程航班 |  |
| 备注 |  |
| 请假信息（请假者填写） |
| 请假理由 |  |