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 |  | | | | | | | |