附件：云南省中医药学会生殖医学专业委员会成立大会

暨云南省生殖医学诊疗技术学习班参会回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职务/学会职务 |  | 职称 |  |
| 单位 |  | | |
| 通讯地址及邮编 |  | | |
| 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 住宿选择请您在后打“√” | 住宿日期：4月28日（） 4月29日（）  住宿要求：标间（） 单间（）  其他要求： | | |