**附件2**

**世界中医药学会联合会第二届医体融合论文报告会参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **联系电话** | **邮箱** | **是否参会** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **请将缴费截图缩放插入下方表格** | | | | | |
|  | | | | | |

如需发票请务必准确填写：

单位名称：

单位纳税人识别号：

地址：

开户行：

联系人电话号码：

电子发票寄送邮箱：