**附件2**

**2018中国社会办医大会参会回执**

（2018年4月25——26日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | | |
| 姓 名 |  | 职称/职务 |  |
| 固定电话 |  | 手 机 |  |
| 传 真 |  | 电子邮箱 |  |
| 缴费方式 | □在线汇款 □现场缴费 | | |
| 备 注 |  | | |

请将填妥的参会回执发送邮件或传真至：

邮箱：conference@cnmia.org传真：010-66008610

联系人：张佳晨 010-51209932 13260109898。