附件2

**中国非公立医疗机构协会**

**干细胞移植与细胞治疗专委会筹建工作座谈会**

**参 会 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **年 龄** |  | **职务及职称** |  |
| **单 位** |  | | |
| **手 机 号** |  | **邮 箱** |  |

参会人员交通、住宿费用自理。请通过短信、微信、邮件等方式于10月25日前将参会回执反馈至会议联系人。

**会议联系人：杨丹**（会务组）

手机号：13701600473（同微信号）

邮 箱：yangdanxuexi@163.com