附件2：

**中国非公立医疗机构协会**

**卫生健康法治分会筹建工作座谈会**

**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6月21日前将参会回执反馈至会议联系人。

**会议联系人：**孙天琪（会务组）

手机号：15011493045（同微信号）

邮 箱：suntianqi@t-s-law.com