附件

**中国非公立医疗机构协会**

**运动医学与运动康复专业委员会筹备工作会议**

**参 会 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **职务及职称** |  |
| **单 位** |  |
| **手机号** |  | **邮 箱** |  |

请参会人员于8月15日前确认能否参会并通过邮件、微信、短信等方式将参会回执反馈至会议联系人。

会议联系人：李宏云

手机号：18016383895

邮 箱：sports\_medicine@cnmia.org