**附件2：**

**中国非公立医疗机构协会2018年会**

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **报名类型** | **□会员（总会、分支机构） □普通代表** |
| **预定住宿** | 预定住宿：□是 □否房型/数量：□大床（ ）□标间（ ）（房间价格均为650元／间，含单早）住宿时间：□1月5日 □1月6日 |

请将填写完成的报名回执发送至：

传真：010-66008610 邮箱：ifb@cnmia.org

协会会员报名请将报名回执发送至：

传真：010-66008610 邮箱：hyzzb@cnmia.org