附件2

**中国非公立医疗机构协会口腔分会成立大会**

**暨长三角牙谷国际峰会**

**参 会 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **委员候选人(本人参会填写)** | | | |
| **姓名** |  | **手机** |  |
| **职务/职称** |  | **邮箱** |  |
| **单位名称** |  | | |
| **代会者或非委员候选人填写** | | | |
| **姓名** |  | **手机** |  |
| **职务/职称** |  | **邮箱** |  |
| **单位名称** |  | | |

请参会人员填写会议回执，并于2021年3月15日前通过邮件、微信、短信等方式反馈至会议联系人。

联系人：谢海燕 180 1712 9239

曹 丹 189 1099 3668

邮 箱：kqfh@cnmia.org