附件2：

**中国非公立医疗机构协会一届二次会员代表大会**

**暨一届七次理事会及十次常务理事会**

**2020年分支机构及地方协会工作联席会议**

**参 会 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| **参会人员类别** | **请务必勾选：** □理事 □常务理事 □分支机构 □地方协会 |
| **单位名称** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **是否本人参会** | **□是 □否**（若否，请填写以下委托参会人信息） |
| **受委托人单位** |  |
| **姓 名** |  | **职务／职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **除参加协会一届二次会员代表大会暨联席会议外，是否参加其他环节****（请务必勾选，以便做好会务安排）：**□参加协会2020年会□参加第三届医交会 |

请认真填写参会回执，并于2020年10月13日前通过邮件、微信、短信等方式反馈至协会会员组织部。