

附件 2

### 世界中医药学会联合会首届医体融合论文报告会参会回执

序号	姓名	性别	联系电话	邮箱	是否参会
请将缴费截图缩放插入下方表格					

如需发票请务必准确填写：

单位名称：

单位纳税人识别号：

地址：

开户行：

联系人电话号码：

电子发票寄送邮箱：