附件

2025年中医学专业建设培训

回 执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 培训人员类型专家；秘书/项目管理员；院校 | 姓名 | 单位 | 职务 | 性别 | 联系方式（手机号码） | 抵达时间、站点及车次（航班） | 返程时间、站点及车次（航班） | 备注（**住宿**默认为单人间，如有双人间需求须说明550/间**餐饮**要求） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**注：会议回执电子版请于4月3日前发至工作邮箱zyxjzw@126.com，并通过电话确认，以便安排会务。**