**附件1**

**中国非公立医疗机构协会**

**第一届理事会第七次常务理事会会议**

**参 会 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| **姓 名** |  |
| **单 位** |  |
| **是否本人参会** |  **□是 □否**（若否，请填写以下委托参会人信息） |
| **委托参会****姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手机号** |  | **邮 箱** |  |
| **预定住宿** | **□是 □否 房型：□大床 □双床****时间：□4月25日 □4月26日****（说明：会议仅承担会期25、26日住宿，单人住优先安排大床，若大床房数量不够，会务组将调整为双床，敬请谅解！）** |

注意事项：请各位常务理事务必于4月3日前将参会回执通过短信、邮箱、传真等方式反馈至协会会员组织部。

 协会会员组织部：杨子旭、孙锰、王珊

 手 机：18511331103、18600643938、18600650510

 邮 箱：hyzzb@cnmia.org

传 真：010-66008610