

附件4

参会报名回执

单位名称					
地 址				邮箱	
参会人员	姓名	性别	部门	职务	手机号
行程信息	到达日期	到达时间	航班信息	车次	备注
住宿安排	<input type="checkbox"/> 自费双床房 <input type="checkbox"/> 自费大床房 <input type="checkbox"/> 16号 <input type="checkbox"/> 17号 (请划√) 注：因大会统一安排住宿，需提前预定，没有预留信息的不再预定住宿房间，房费酒店前台现付。				

诚挚邀请康复业界各位同仁积极报名参会，并将参会回执于7月1日24:00前发送至邮箱sts_expokf@163.com。