附件：

**线下参会报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位** | **姓名** | **职务** | **手机** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注**：请各企业于3月27日中午12:00前将参会人员回执发送至海南省医药行业协会邮箱：0898hyxh＠163.com。

联系人：宋乙卿，电话：66815370，13398904425。