

附件 1:

第三届全省中医医院传承创新发展论坛 暨医院管理骨干研习班 参会回执表

单位名称		纳税人识别号			
地址		邮编			
参会人数		代表联系人及电话			
酒店住宿天数		房间数	标间_____单间_____ (必填)		
参会代表信息					
姓名	性别	职务	手机号	是否清真用餐	备注
培训费付款方式:					
电汇并索取发票 (论坛现场领取) 开户名称: 云南省中医药学会 开户银行: 工商银行昆明正义支行 开户账号: 2502012009024922197					
会场可收取现金或刷卡并索取发票, 开票单位: 云南省中医药学会					
注意事项					
1、请填写此表 (或电邮/微信报名) 回复组委会, 以确认参会人员信息。 (邮箱: ynzyhd@qq.com) 2、因酒店资源紧张, 请参会代表尽早回复会务组, 以便预定房间。 3、默认住宿为 2 天, 如有特殊情况请备注。住宿发票由酒店提供。 4、如有疑问请及时联系会务组, 如有特殊需要请于备注处注明。 5、与会代表请务必携带身份证等有效证件。 6、清真饮食请在备注信息里注明。					

会务组联系人: 甫琪森 (18388059853)