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）