**附件1**

**中国高等教育学会保健医学分会2019学术年会暨八届三次全体理事会回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位全称** | |  | | | | | | | |
| **通讯地址** | |  | | | | | | **邮编** |  |
| **联系人** | |  | | **电话/传真** | |  | **手机** |  | |
| **参会人员信息（必填）** | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **工作单位** | **职 务** | **职 称** | **电话/手机** | **邮 箱** | **QQ（选填）** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **住宿预订** | | □标间合住 □标间单住 □单住 | | | | | | 汇款方式 | □银行转账 |
| 拟住日期：2019年 10 月 日— 10月 日 | | | | | | □现场刷卡 |
| **发票信息** | 发票抬头 |  | | | | 单位地址  **（需要才填写）** |  | | |
| 开户银行**（需要才填写）** |  | | | | 单位电话  **（需要才填写）** |  | | |
| 银行账号**（需要才填写）** |  | | | | 发票邮寄地址 |  | | |
| 税号 |  | | | | 收件电话 |  | | |
| **备注：** | 1.住宿酒店单间、标间价格均为320元，请大家尽快报名。  2.酒店分隔2处（直线间距100米左右），按照各代表报名先后顺序安排入住。 | | | | | | | | |
| 3.为确保信息准确，请完善好电子版报名回执表，感谢合作！  邮箱：bjyx02368253954@163.com 电话：023-68253109,68253954 | | | | | | | | |