|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** | (需盖章) |
| **邮政编码** |  | **通讯地址** |  |
| **联 系 人** |  | **部门/职务** |  | **手机号码** |  |
| **QQ/邮箱** |  | **电话/传真** |  |
| **演讲说明** | **对于做大会演讲报告的单位一律免除报告人的会务费！请及时与组委会有关负责人联系，以便及时更新大会日程和有关后续工作的妥善安排。** |
| **演讲人姓名** | **性别** | **民族** | **部门/科室 及 职务/职称** | **手机号码** | **QQ/邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |
| **演讲课题** | **无需做演讲报告者可不填。** |
| **参会人姓名** | **性别** | **民族** | **部门/科室 及 职务/职称** | **手机号码** | **住宿情况** |
|  |  |  |  |  | **□住宿 □不住宿** |
|  |  |  |  |  | **□住宿 □不住宿** |
|  |  |  |  |  | **□住宿 □不住宿** |
| **参会费用** | **8月5日之前报名注册付款：1180元／人（包含会议材料和会议当日午餐《住宿、交通费用需自理》）****8月10日之前报名注册付款：1280元／人（包含会议材料和会议当日午餐《住宿、交通费用需自理》）****提前注册现场交费：1480元／人（包含会议材料和会议当日午餐《住宿、交通费用需自理》）****团队参会享受每10人免1人会议费的优惠（现场交费只收取现金）** |
| **住 宿** | **参会地点** |
| **□单住 □合住** | **□银川 □昆明** |
| **费用合计** | **大写： 元整** | **小写： 元** | **付款方式：（ ）****银行转账：（ ）****现场支付：（ ）** |
| **会议指定账 户** | **银行名称：中国工商银行股份有限公司北京长安支行户 名：北京中欣博康医学研究中心 帐 号：02000 0330 9230 002605** |
| **联系方式** | **联 系 人：卢敏 李文贺****联系电话：010-57197293 65702218 传 真：010-65420380** **短信报名：13261859203 18618353616** |

**全科医学诊疗新进展暨社区卫生服务发展模式研讨会参会回执**