附件：

首届云南省中医护理论坛暨中医护理专业技能操作培训会参会代表回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | |
| 地址 | |  | | | | | 邮编 |  | |
| 电话 | |  | | 传真 | |  | E-mail |  | |
| 参会人数 | |  | | 代表联系人 | | |  | | |
| 酒店住宿天数： | | | | | | | | | |
| 参会代表信息 | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 职务 | | 手机号 | | E-mail | | 备注 |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  | |  |
| 会务费付款方式： | | | | | | | | | |
| 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：250201009024922197 | | | | | | | | | |
| 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，以确认参会单位代表信息。  2、本次大会住宿酒店为南华大酒店，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）