附件1

首届云南省中医药适宜技术推广应用培训班参训代表回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位纳税识别号 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 电话 |  | 传真 |  | E-mail |  |
| 参训人数 |  | 代表联系人 |  |
| 酒店住宿天数： |
| 参训代表信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 手机号 | E-mail | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 培训费费付款方式：  |
| 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，以确认参训单位代表信息。2、本次培训班住宿酒店为杏林大观园，因酒店资源紧张，请参训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）