附件：

第三届云南省“互联网+中医药”创新创业发展论坛

暨首届云南省中医药健康文化科普创作大赛表彰会

代表回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： |  | | 是否有清真用餐 | |  | | |
| 参会代表信息 | | | | | | | |
| 姓 名 | 性 别 | 职 务 | 手机号 | | 单间/标间 | | 主楼/副楼 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 备 注 |  | | | | | | |
| 培训费付款方式：会场可收取现金或刷卡并索取发票  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 | | | | | | | |
| **注意事项** | | | | | | | |
| 1、请填写此表（或电话、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云南省昆明市西南宾馆，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。 | | | | | | | |

会务组联系人：甫琪森（18388059853）