附件1

**2019年医学专委会学术年会报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 单位名称 |  | 职称/职务 |  |
| **纳税人识别号**（需开发票的请填写此栏） |  |
| 手 机 |  | E-mail |  |
| 联系地址 |  | 传 真 |  |
| 住宿期间 | **3月 日——3月 日** | 单人房（ ） |
| 标准间 | 不合住（ ）合住（ ）\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| 是否参加3月22日晚宴 | 是（ ） 否（ ） |

备注:

1. 单位名称需填写单位全称，**发票抬头按所填写的单位名称开具**，如填写错误可能会导致发票无法报销；
2. 需开发票的请提供“**纳税人识别号**”；
3. 请于**2019年3月13日**前，将回执发送至邮箱：**gdrpa860@126.com**，以收到邮箱回复为确认。若未按时提交，将不能确保安排住宿。

如有疑问请联系周小姐，电话：020-38936590/13246557917。