**附1：医学专业委员会2023年度学术会议参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 年龄 | |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | | | | 职务/职称 | |  | | |
| 详细地址 |  | | | | 邮政编码 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | 手机号 | |  | | |
| 会务费缴纳方式 | □提前汇款 □现场缴费 | | | | | | | | |
| 发票信息 | 发票抬头： 单位税号：  （请务必准确填写） | | | | | | | | |
| 乘车信息 | 到会航班/车次 | | | 到达潍坊时间 | | 到达站名 | | | |
|  | | | 日 点 分 | |  | | | |
| 返程航班/车次 | | | 离开潍坊时间 | | 出发站名 | | | |
|  | | | 日 点 分 | |  | | | |
| （以上信息请务必填写准确，以方便及时联系） | | | | | | | | |
| 住宿 | 是否安排住宿：□否 □标间合住 □单间或标间单住  住宿日期：□10月13日 □10月14日 □10月15日 | | | | | | | | |
| 其它需求 |  | | | | | | | | |
| 备注 | 回执信息请返回至邮箱：**704591108@qq.com和6357649@qq.com** | | | | | | | | |