附件1：参会回执

**2019年临床医学专业认证培训会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 最高学历 | |  | |
| 工作单位  及部门 |  | | | 职称 |  | | 职务 | |  |
| 手机 |  | | | E-mail |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 发票抬头 |  | | | 纳税人识别号 | |  | | | |
| 到会日期 | 18日（ ）、19日（ ） | | | 离会日期 | 20日下午（ ）、21日上午（ ） | | | | |
| 住宿要求 | 自行安排（ ） 标间单住（ ） 标间拼住（ ） 套房（ ） | | | | | | | | |
| 其它需求 |  | | | | | | | | |

请在表格相应处填写或划“√ ”

**备注：**

1. 请务必准确填写通讯地址及手机号，用于会后寄送培训证书。

2. 住宿费用说明：标准间（共200间）：400元/间(含双人早餐)；套房（共40间）：500元/间（含双人早餐）。房间数量有限，不能满足要求时，将安排标间拼住。

3. 如需取消或行程变更，请及时邮件告知。