附件：

中国高等教育学会保健医学分会2025学术年会暨九届四次全体理事会报名回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 | |  | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | **电话/传真** | |  | **手机** |  | |
| **参会人员信息(必填)** | | | | | | | | | |
| 序号 | **姓名** | **性别** | **工作单位** | **职务** | **职称** | **电话/手机** | **邮箱** | | **QQ(选填)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  | |  |
| **住宿预订** | | （ ）单间 （ ）标间合住 （ ） 标间单住 | | | | | | 汇款方式 | 现场刷卡（支持公务卡、微信、支付宝等） |
| 拟住日期：2025年 月 日一 月 日（入住与离店） | | | | | |
| **发票信息** | 发票抬头**（必填）** |  | | | | 发票接收邮箱**（必填）** |  | | |
| 税号**（必填）** |  | | | | 收件电话 |  | | |
| 开户银行**(需要才填写)** |  | | | | 单位地址**(需要才填写)** |  | | |
| 银行账号**(需要才填写)** |  | | | | 单位电话**(需要才填写)** |  | | |

注：1.住宿非常紧张，请抓紧时间提前报名，错过报名时间住宿无法保证；

2.标间合住会务组不统一安排，参会代表可自行协调，同时告知会务组合住人员名单；

3.为确保信息准确，请尽量发电子版报名回执表，感谢合作!

邮箱： bjyx02368253954@163.com 电话：023-68253109,68253954