附件：

“第三届中国药学会基层医院药学学术年会”报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  |
| **职 称** |  | **职 务** |  |
| **单位名称** |  | **是否住宿** |  |
| **详细地址** |  | **邮政编码** |  |
| **手机号码** |  | **E-mail** |  |
| 发票信息 |
| **缴纳方式** | （电汇方式、报到现场缴纳，二选一） |
| **是否已经电汇完毕** | （是、否，二选一） |
| **纳税人识别号** |  | **电汇开户行** |  |
| **电汇账号** |  |
| **发票抬头** |  |

请务必于2019年6月1日前将回执发至邮箱jicengyaoxue2019@163.com。