附件：

第四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2020年10月10日前将回执发至邮箱cpahp\_jcyx@163.com。