附件：

抗感染药物治疗技能提升（重症）培训班

汇款回执表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称  （发票抬头） |  | |
| **纳税人识别号或统一社会信用代码** |  | |
| 邮寄地址 |  | |
| 邮政编码 |  | |
| 参会代表姓名 | 手机号 | 电子邮件 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 汇款单信息 | 可以选择将汇款凭证拍照或截图后粘贴此处 | |

注：请代表电汇后填写汇款回执表发送至会务组邮箱（jxjyb@cpa.org.cn）