附件：

第七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 |  | 年 龄 |  |
| 单位名称 |  | | |
| 详细地址 |  | 邮政编码 |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| 发票信息 | | | |
| 是否已经电汇完毕 | （是、否，二选一） | | |
| 电汇账号 |  | 电汇户名及缴纳金额 |  |
| 发票抬头 |  | | |
| 纳税人  识别号 |  | | |

注：同时多人报名可以整理提交Excel表格，请务必于2023年6月1日前将回执发至邮箱z05@cpa.org.cn。