附件2:

2024年中国药学会麻醉药物专业委员会学术年会报名回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（发票抬头）： | | | |
| 纳税人识别号或统一社会信用代码： | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 备注 | 可以选择将汇款凭证拍照或截图后粘贴此处 | | |

注：参会人员填写报名回执表后，2024年10月20日前将回执表发送到邮箱z45@cpa.org.cn。