**参会注册表**

|  |
| --- |
| **第二届中国国际医学大数据与全民健康保障大会****第五届中国医药健康大数据高峰论坛** |
| 单 位名 称 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 联系人 |  | 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 参会者 | 性 别 | 部门/职务 | 办公电话 | 手 机 | 电子邮箱/传真 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 缴费信息 | 汇款人 |  | 汇款单位 |  |
| 发票抬 头 |  | 发票内容 | 1. 会议费
2. 会务费
 |
| 是否需要安排住宿? 1. 是 □ 2. 否 □ A.单间 □ B.标间 □ C.不需要 □ | 预定房间： 间住宿时间：2016年9月 日至 日 |

（本表可复制） 请回复至：邮箱：516230987@qq.com 王霖霖：15810649025