**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](mailto:516230987@qq.com) 王霖霖：15810649025