**附件：2**

**新兴医学技术伦理治理培训会参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位（注明是否为会员单位）** |  |
| **地址** |  | **电话** |  |
| **参会联系人** |  | **手机（必填）** |  | **邮箱（必填）** |  |
| **参会学员** | **性别** | **职务** | **手机** | **邮箱** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **住 宿** | **单 间：\_\_\_1\_\_\_间；****双人标间：\_\_\_\_\_\_间****入住日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_；离会日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_。** |
| **注册缴费** | 注册费： 元/人× 人= 元  |
| **发票事项** | 发票抬头 |  | 纳税人识别号 |  |