**2019 年浙江省医学会临床药学分会学术大会**

**参会报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 参会人员 |  |
| 单位名称 |  | 联系人 |  |
| 部门 |  | 参会人数 |  |
| 邮 箱 |  | 手 机 |  |
| 住宿情况说明 | 单间 间；标间 间 | 住宿时间 | □ 11月15日□ 11月16日 |
| 发票开具 | 单位：税号：开户行：                          账号：地址及电话：项目：□会议费    □培训费发票邮寄地址及联系人、电话： |

注：请将此表于通过电子邮件反馈至邮箱：zjlcyx@126.com