2021第四届中国智慧医院建设与发展大会报名表

（时间：2021年3月26-28日 地点:江苏·苏州）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 | |  | | | 联系人 | |  |
| 通讯地址 | |  | | | 邮编 |  |  |
| 联系人手机号码 | | 接收发票信息 | | | E-mail接收发票信息 |  | |
| 姓名 | 性别 | 部门 | 职务 | 职称（需学分者必填项） | 身份证号码学分必填项 | 手机号码 | E-mail |
|  |  |  |  | □副高及以上 □初级  □中级 □乡村医生 |  |  |  |
|  |  |  |  | □副高及以上 □初级  □中级 □乡村医生 |  |  |  |
|  |  |  |  | □副高及以上 □初级  □中级 □乡村医生 |  |  |  |
| 总 费 用 | | 万 仟 佰 拾 元（￥ 元） | | | | | |
| 是否住宿 | | 3月26日□ 3月27日□ 3月28日□ 单间 ( 间) 标间 ( 间）  **3月26日全天报到，3月27日全天会议，3月28日12：00会议结束** | | | | | |
| 付款方式 | | □ 银行电汇 □ 现场缴费 | | | | | |
| 指定帐户 | | 户 名 智慧医卫（北京）信息技术研究中心 | | | | | |
| 开户行 中国建设银行北京分行杨庄东路支行 | | | | | |
| 账 号 1105 0164 8200 0000 0298 | | | | | |
| 开票信息（必填） | | 单位名称 | | | | | |
| 单位税号信息 | | | | | |
| 备注：   1. 收费标准：医院代表 1900元/人（含会务资料费、餐费），住宿统一安排，费用自理。   企业代表 3800 元/人（含会务资料费、餐费），住宿统一安排，费用自理。   1. 本回执复印、传真有效，请填写后加盖单位公章传真或通过 E-mail 回传组委会。 2. 会务费发票由智慧医卫（北京）信息技术研究中心出具，发票为电子发票，请务必准确填写接收发票信息手机号码或者E-mail， 以便接收电子发票。 3. 参加本次会议人员将获得国家级一类继续教育学分，需要学分人员请务必于参会前完成报名手续，组委会将为您办理继续教育学分事宜。 | | | | | | | |

 组委会联系方式：

崔振银 手机/微信 18801345167 01088956990 QQ：1059476431

赵雪娇 手机/微信15117959162 01056132137 QQ：2426431296

崔昕鹏 手机/微信18201021987 01056132138 QQ: 3324269925

刘 丽 手机/微信18001023704 01059465773 QQ：1853672195 在线扫码报名

E-mail：[zhywbj@126.com](mailto:zhywbj@126.com)