附件：

第八届基层医院药学学术年会报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职称 |  | 年 龄 |  |
| 单位名称 |  |
| 详细地址 |  | 邮政编码 |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| 发票信息 |
| 缴纳方式 | （电汇方式、报到现场缴纳，二选一） |
| 是否已经电汇完毕 | 🞎是 🞎否如已付款，请提供付款截图：（截图信息包括收付款方信息、金额、交易日期等） |
| 发票抬头 |  |
| 纳税人识别号 |  |

注：同时多人报名可以整理提交Excel表格，请务必于2024年11月11日前将回执发至邮箱z05@cpa.org.cn。