附件：

参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | 　 | **性别** |  |
| **手机** |  | **邮箱** |  |
| **是否住宿** | □是 □单间 □标间 □否 |
| **工作单位** |  |
| **单位级别** | □三级甲等 □三级乙等 □二级甲等 □二级乙等 □其他（ ） |
| **科室/部门** | □临床药学 □调剂 □药品库房 □制剂室 □学生 □其他（ ） |
| **技术职称（学生不填）** | □正高 □副高 □中级 □初级 □其他（ ） |
| **工作年限** | 　 |
| **学历** | □博士 □硕士 □本科 □本科以下 |
| **职务（学生不填）** | □主任 □副主任 □组长 □其他（ ） |
| **通讯地址** | 省/市/区/县/详细地址/邮编 |
| **发票信息（抬头）** | 　 |
| **发票信息（纳税人识别号）** | 　 |
| **发票信息（地址、电话）** | 　 |
| **发票信息（开户行及账号）** | 　 |
| **支付方式** | □现场缴费（手机网银转账）（扫码：微信或支付宝）□银行转账（收款单位：中国药学会；开户行：中国银行总行营业部；账号：778350009320；汇款单请注明“2024EBM+姓名） |
| **备注**（支付凭证粘贴处） |  |

注：会议回执请发送至邮箱z33@cpa.org.cn，邮件主题注明“2024EBM+参会人姓名”。