附件1：

2023年“第八届中国医疗保险教育论坛”参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | **单位纳税识别号** | |  |
| **通讯地址** |  | | | | **邮 编** |  |
| **联 系 人** |  | **电 话** |  | | **传 真** |  |
| **姓 名** | **部 门** | **职称/**  **职务** | **性 别** | **手机号码** | **E-mail** | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| **房型** | **🞎 大床房 🞎 标准间** | | | | | |
| **清真饮食** | **🞎 是 🞎 否** | | | | | |
| **是否接送站** | **🞎 是 🞎 否** | | | | | |
| **车次** |  | | | | | |
| **航班号** |  | | | | | |

（请参会人员于2023年5月20日前回执发至邮箱：jyylbx2023@163.com）