附件1

**2018年口腔医学教育学术研讨会（第一轮通知）**

**参会回执**（复制有效）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 手机号 |  |
| 学生 | 是□ 否□ | 学生证号 |  | 邮箱地址 |  |
| 会员 | 是□ 否□ | 会员号 |  | 职务职称 |  |
| 工作单位 | |  | | | |
| 汇款日期\* |  | 汇款人\* |  | 汇款金额（元）\* |  |
| 发票抬头 \* | |  | | | |
| 纳税人识别号 **/** 统一社会信用代码 \* | |  | | | |

**注：发票一经开出，不能修改，请认真填写发票抬头及纳税人识别号；**

**标“\*”项为必填项目，否则无法提前开具发票。**

附件2

**2018年口腔医学教育学术研讨会（第一轮通知）**

**集体参会回执**（复制有效）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 | |  | | | | | |
| 单位联系人及职务 | |  | | 单位联系电话 | |  | |
| 参  会  人  员 | 姓名 | 职称/职务 | 年龄 | 会员号 | 手机 | | 邮箱 |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| 发票抬头 \* | |  | | | | | |
| 纳税人识别号 **/** 统一社会信用代码 \* | |  | | | | | |

**注：集体注册缴费需注明发票开具张数及金额；**

**发票一经开出,不能修改，请认真填写发票抬头及纳税人识别号；**

**标“\*”项为必填项目，否则无法提前开具发票。**