**2019年中华口腔医学会口腔预防医学专业委员会**

**第十九次全国学术年会**

**会议通知（第一轮）**

**（2019年07月24-26日，甘肃 兰州）**

**附件1 参会回执**（每人填写一张表）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名： |  | 性别： |  | | 年龄： |  |
| 单位： |  | | | | | |
| 最高学历： |  | 职称： |  | | 职务： |  |
| 手机号： |  | | 邮箱： | |  | |
| 地址及邮编： |  | | | | | |
| 身份证号： |  | | | | | |
| **需要学分者请务必完整准确填写以上信息** | | | | | | |
| **会前支付注册费的代表请务必准确填写以下发票信息，否则无法提前开具发票** | | | | | | |
| 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 |  | | | 请勾选发票内容：  □注册费 □会议费 | | |

**请勾选与您实际身份相符的注册费标准（人民币元）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 注册付费日期 | 中华口腔医学会总会会员、口腔预防专科会员 | 学生  （凭有效证件） | 非会员 |
| 会前注册  5.31前（含） | □ 800 | □ 400 | □ 900 |
| 现场注册  7.24-7.26 | □ 900 | □ 400 | □ 1000 |

**注：1.请于2019年05月31日（含）前将此参会回执发至**[yufangzhuce@126.com](mailto:yufangzhuce@126.com)

**2.提前汇款支付注册费的代表请将汇款凭证影印件发至以上邮箱。微信注册付费的代表不必发送。**

**3.学生代表请于现场报到领取发票时出示本人有效学生证原件，如审核未通过，须按现场其他相应的注册费标准付费。**

**4.会前注册付费截止日前未付费的代表，注册无效。如需参会，请到年会现场注册并按现场相应的收费标准付费。**

**联系我们：**

学术安排：司燕：13671155694，yufangtougao@126.com

会议注册及咨询：王娜、王雪：010-62180723；[yufangzhuce@126.com](mailto:yufangzhuce@126.com)