附件1 - 报名回执

## 报名回执

**第19期科研思维研习班2020年10月A班**

**报 名 回 执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | **（开具发票用，需确凿无误）** | | | | | | | | | | | |
| 单位税号 | **（开具发票用，需确凿无误）** | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | **（邮寄发票用，需确凿无误）** | | | | | | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | 部门/职务 | |  | | | 手机号码 | | |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | | |
| 参会人姓名 | 性别 | 部门/科室 及 职务/职称 | | | | 手机号&微信号**（与您联系用，必填）** | | | | 电子邮箱**（给您发资料用，必填）** | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  |  | | | |  | | | |  | | |
| 费用合计 | 大写： 元整 | | | 发票开具 | | | □培训服务费 | | 付款方式 | | | □现金支付 |
| 每人2500元 | | | □咨询服务费 | | □银行转账 |
| 汇款账户 | **开户名称：上海申康医学与健康促进中心** | | | | | | | | | | | |
| **开户银行：工商银行上海市建国西路支行** | | | | | | | | | | | |
| **账号：1001220709007027267** | | | | | | | | | | | |
| 填表说明 | 1.银行汇款时，请务必在汇款用途中标明“科研思维学习班”字样并及时将银行电汇凭证电子版发至**shiyue@medland.org.cn**邮箱。 | | | | | | | | | | | |
| 2.通过私人账户汇款时，请务必标明所在单位“全称”，以便财务查询款项。 | | | | | | | | | | | |
| 3.现金付款，请于学习班第一天报到时，至签到处全额缴纳。 | | | | | | | | | | | |
| 4.发票抬头必填，且确保无误，如发票抬头和单位名称不一致，需注明。 | | | | | | | | | | | |
| 5.参加人员手机号和电子邮箱必填，届时将发送报到通知给各位学员。 | | | | | | | | | | | |
| 6.参加人员微信号必填，届时将发送课程补充资料给各位学员。 | | | | | | | | | | | |

## 咨询方式：

电话咨询：石越，139-1777-0638

微信咨询：电话同号