**2018全国优抚医院发展论坛**

**暨康复医疗机构医养结合发展研讨会**

**参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  |  | 单位性质 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人 | 所任职务 | 电话（传真） | 手 机 | Email/QQ |
|  |  |  |  |  |
| **参会人员基本信息** |
| 姓名 | 职 务 | 性 别 | 身份证号码 | 手 机 | Email/QQ |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **■会务费：**已按期缴纳年度会费的会员单位代表免交会务费。系统外其他单位代表按1500元/人缴纳会务费。 |
| **■会费：尚未缴纳年度会费的会员单位，可随本次会议报名时一并缴纳**（对于民政医疗系统事业单位暂按普通会员单位2000元/年标准收取）。会员缴费情况可向会务组查询。 |
| **■房间预订：**会议期间食宿统一安排，费用自理，具体信息参见会前定向发布报到通知。□ 预订包房： 间 天 □ 预订标准间： 男性 人 天，女性 人 天（标准间为两人入住，如需预订包房需要补足房价差） |
| ■敬请参会人员在6月20日前将所需缴纳的费用汇入本会指定账户（**汇款注明“康复医学”**），提前汇款的报到时即可在会务组领取报销票据，现场缴费的需会后邮寄。**开户行：中国工商银行北京朝阳支行 户名：中国社会工作联合会 帐号：0200 0034 0901 4427 548****■应付金额：大写 元整（￥： ）■汇款时间：** |

**本回执填好后请发邮件至**kfyxh2012@163.com**。**