附件：

**医用高分子制品分会团体标准审定会  
参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | |  | | | | |
| **单位地址** | |  | | | | |
| **姓 名** | | **性别** | **职 务** | **联系电话** | **邮 箱** | **合住/单住/不住宿** |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| **交费方式** | | **公对公转账汇款（ ），现场交费（ ）** | | | | |
| **开票信息** | | | | | | |
| **发票类型** | **增值税专用发票（ ），增值税普通发票（ ）** | | | | | |
| **单位名称** |  | | | | | |
| **税 号** |  | | | | | |
| **地 址** |  | | | | | |
| **电 话** |  | | | | | |
| **开 户 行** |  | | | | | |
| **账 号** |  | | | | | |

1、请将回执于**11月5日前**发送至分会邮箱，以便分会安排会议事宜。  
2、未发回执，现场报名的学员若酒店房间不够，会务组可协助到附近酒店办理住宿，**费用另计**。