附件：

**河南省设备管理协会医疗行业分会 2025 年第一次学术会议参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | 联 系 人 | |  |
| 单位地址 | |  | | | | | | | 手 机 | |  |
| 参加人员信息 | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 性别 | 职务 | | 电话（手机） | | | | E-mail | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |
|  | |  |  | |  | | | |  | | |
| 住宿信息（单间/标间） | | |  | | | | | | | | |
| 开票信息 | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | | | | | | |
| 开户银行 |  | | | | | 银行账号 |  | | | | |
| 纳税人 识别号 |  | | | | | 电话 |  | | | | |
| 地址 |  | | | | | | | | | | |
| 开票内容 | 口会务费 | | | 发票类别 | | 口专用发票 口普通发票 | | 发票数量 | | 口共开一张 口每人一张 | |
| 发票是否 添加备注 | 口是口否 | | | | | 备注内容 | |  | | | |
| 报名注意事项 | | | 请填写以上详细内容，参会回执发送邮箱： hnssbglxhylhyfh@qq.com  会务组：余江波：18639005600 邰 万：15137896820 | | | | | | | | |