**口腔医师风险防范与权益维护高级研修班回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 | |  | |
| 单位名称 |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮 编 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | 传 真 |  | 手 机 |  | | | | |
| 预定房间 | □是 □否 | | | | 入住日期 |  | 退房日期 | |  | | |
| 住宿要求 | 标 间（350元/间） 整间□ 半间□  大床房（350元/间） 整间□ | | | | | | | | | | |
| 培训费是否银行转账汇款 | | | □是，发票抬头： | | | | | | | | □否 |
| 单位地址及电话 | |  | | | | | | | | | |
| 单位纳税人识别号 | |  | | | | | | | | | |
| 单位开户行及账号 | |  | | | | | | | | | |

**（回执可复制）**