附 件

管理创新奖获奖者参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **获奖论文** |  | | | | | | | |
| **单位名称** |  | | | | | | | |
| **联系人** |  | | | **职务** | |  | | |
| **联系方式** | **手机（必填）** | | | | | **邮箱（必填）** | | |
| **序号** | **参会嘉宾**  **姓名** | **单位** | **职务** | **性别** | | **手机** | | **是否**  **住宿** |
| **1** |  |  |  |  | |  | |  |
| **2** |  |  |  |  | |  | |  |
| **3** |  |  |  |  | |  | |  |
| **4** |  |  |  |  | |  | |  |
| **5** |  |  |  |  | |  | |  |
| **免注册费人员： （可免1名领奖人员注册费）** | | | | | | | | |
| **住宿安排** | **入住时间** |  | | | | **离会时间** |  | |
| **预订房间** | **标间（双床） 间** | | | | **单间 间** | | |
| **参会注册** | 注册费： 1000 元/人× 人= 元 | | | | | | | |
| **发票事项** | 发票抬头 |  | | | 纳税人识别号 | |  | |
| **注意事项** | 1.汇款信息：账户名：河南省医院协会，开户行：交通银行黄河路支行，账号：411061900018001654473。  2.线上缴费：可通过微信、支付宝对公转账至我会，请务必备注联系人姓名和手机号。  3.可开具增值税电子普通发票，于会议结束5个工作日内发送到联系人手机短信中，请注意查收。  4.财务联系人：李雯雯13525555135。邮箱：hnsyyxh2023@126.com  5.可在“河南省医院协会”网站首页“通知公告”下载表格电子版。 | | | | | | | |