**参会回执**

单位名称：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **职务** | **手机** | **邮箱** | **是否需要预订大会推荐酒店（√）** | **拟参加活动（√）** | **是否申请展位** |
| **14日晚** | **15日晚** | **14日下午开幕式** | **15日上午高峰论坛** | **15日下午医康养一体化圆桌座谈会** | **15日下午分级诊疗专题研讨会** | **标准展位数量（个）** | **光地面积（m2）** |
|  |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ |  |  |
|  |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ |  |  |
|  |  |  |  |  | □ | □ | □ | □ | □ | □ |  |  |
| **备注：**  |

联系人： 联系电话： 邮箱： 传真：

1. 请认真填写参会回执，加盖公章后于5月20日（周五）前传真至010-65978210，或将扫描件反馈至我会；
2. 推荐酒店：秦皇国际大酒店（单人间550元/晚/人，双人间<拼住>300元/晚/人），自行向酒店支付；
3. 企业可免费申请展位，大会将根据报名先后顺序最终确认。标准展位（3m\*3m）和场地免费，设计、搭建自费；
4. 如有项目对接需求，请填写项目信息表（附件4或登录https://yoopay.cn/event/53244691下载），于5月20日（周五）前反馈至我会;
5. 请准确填写本人手机号，方便会期发送相关信息；
6. 投促会联系人：李露，联系电话：010-65978801-306，邮箱：lilu@cciip.org.cn。

 （单位公章）