**世界中医药学会联合会脑病专业委员会2023年学术年会**

**暨海南省中医药学会脑病专业委员会2023年学术年会**

**前庭疾病中西医诊治及康复进展培训班**

**参会回执表**

**请在填表前仔细阅读注册说明，以便您在报到当日可快速完成注册，顺利参加会议**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名：** | **性别：** | **民族：** | **国籍：** |
| **职称：** | | **职务：** | |
| **身份证（护照号）：** | | **单位：** | |
| **科室：** | | **地址：** | |
| **联系电话：** | | **邮箱：** | |
| **是否提交论文： 是□ 否□** | | **是否是在读学生：是□ 否□** | |
| **注册缴费方式：汇款□ 微信□ 现场□** | | **是否需要发票： 是□ 否□** | |
| **发票抬头：**  **税务识别号：** | | | |