# 干细胞临床研究研讨会

# 回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称  |  |
| 详细地址  |  | 邮政编码  |  |
| 发票抬头  |  | 纳税人识别号  |  |
| 姓名  | 职务/职称  | 手机  | 传真  | E-mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 缴费方式  | □汇款 □微信 □支付宝 □其他方式，请注明： 汇款请在备注中注明：“姓名”、“工作单位”、“干细胞研讨会”字样 |

回执反馈邮箱：zhangw@cmba.org.cn