**第二届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 | 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