**第十七届全国药物依赖性学术会议暨国际精神疾病研讨会报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | | 职务/职称： |
| 电子邮件： | 手机号： | | **在读学生：**是□ 否□ |
| 电话： | 中国毒理学会会员号： | |  |
| 单位： | | | |
| **开发票抬头：** | | **注：**请核对提供发票信息，**发票开出不能退换，**发票只能开**增值税普通发票，内容为“会议费”。** | |
| **纳税人识别号：** | |
| 通讯地址： 邮政编码： | | | |
| 住宿，请选择：□大床 330元/间/天；标间 340元/间/天， 单住□ 合住□ | | | |
| 入住时间： 退房时间： | | | |