附件

**团队报名表**

|  |
| --- |
| **报名单位及参会时间信息** |
| 项目名称 | □第十四次全国麻醉学与复苏进展学术会议□第27届全国高等麻醉学专业教育研讨会 |
| 单位名称 |  | 单位联系人 | 姓名 |  |
| 发票税号 |  | 电话 |  |
| 发票金额 |  | 微信 |  |
| 开票备注 |  | 邮箱 |  |
| 参与形式 | □线下 □线上  | 住宿预留 | 单间 间时段： | 标间 间时段： |
| **参会人员信息** |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **职务/职称** | **手机号码** | **邮箱** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

注：请将此表填好于报名截止日前发送至电子信箱：1712952690@qq.com。