

**NDAA第十期高级培训课程——新药临床研究设计与衔接**

**2018年4月28日-29日**｜希尔顿逸林酒店･北京

**报名表/Application Form**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院/单位信息：** | | | | | | |
| 单位名称： | |  | | | | |
| 邮寄地址： | |  | | | | |
| 发票类型： | | 🞏增值税专用发票 | | | 🞏 增值税普通发票 | |
| **发票信息：** | | | | | | |
| 发票抬头（必填）： | |  | | | | |
| 纳税人识别号（必填）： | |  | | | | |
| 银行账号： | |  | | | | |
| 开户行名称： | |  | | | | |
| 地址、电话： | |  | | | | |
| **联系人：** | | | | | | |
| 姓名： | |  | | 职位： | |  |
| 电话： | |  | | 电子邮件： | |  |
| **注册嘉宾名单/** Participants List | | | | | | |
| 1、 | 姓名/Name： | |  | 职位/Job Title： | |  |
| 手机/Cell phone： | |  | 邮箱/Email： | |  |
| 2、 | 姓名/Name： | |  | 职位/Job Title： | |  |
| 手机/Cell phone： | |  | 邮箱/Email： | |  |
| 3、 | 姓名/Name： | |  | 职位/Job Title： | |  |
| 手机/Cell phone： | |  | 邮箱/Email： | |  |
| **付款方式/Payment：** | | | 🞏TMO/电汇 | 🞏Transition/转账 | | |
| **住宿安排/Accommodation：** | | | | | | |
| 北京希尔顿逸林酒店 | | | 🞏YES/是 | 🞏NO/否 | | |
| 入住时间： | | | 月 日 | 离店时间： | | 月 日 |
| 房型选择： | | | 🞏大床房 780元/日（含单早） | 🞏双床房 780元/日（含双早） | | |
| **备注/The remarks：** | | | | | | |
| 1. 请通过电子邮件方式将报名表发送至rzhy\_meetings@126.com 2. 转账信息： **户名：**北京睿智弘扬商务咨询有限公司   **账号：**0200001909200046084  **开户行：**工商银行北京广安门支行  汇款后请您请及时将回执单发送到此邮箱：[rzhy\_meetings@126.com](mailto:rzhy_meetings@126.com) 有任何疑问请联系：010-5365 8980 | | | | | | |