

附件 1

**中国卫生信息学会健康档案与区域卫生信息化专业委员会
2015 区域卫生信息化专题研讨会暨全体委员大会
参会回执**

单位名称					
通信地址				邮编	
发票抬头	1. 同上述单位 2. 其他:				
付款方式	☐ 1. 银行汇款及转账 ☐ 2. 现场现金 ☐ 3. 现场刷卡				
出席会议人员名单					
姓名	部门	职务/职称	电话	手机	电子邮箱
注：本次会议发票开具内容为“会议费”。					