附件1

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | | | | | | | |
| 参会人员 | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 职务/职称 | | 联系电话 | | | 邮箱 | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
| 住宿要求 | 住宿酒店：□湖南省新晃县晃洲国际酒店 □自行预订其他酒店  住宿时间： 月 日至 月 日，共 晚；  房间数： 时尚单间， 商务标间， 商务单间， 娱乐标间，  娱乐单间， 行政标间， 行政单间  如房间不足，是否接受合住安排：（是/否） | | | | | | | | |
| 到达航班号/车次 | |  | | 到达机场/车站 | |  | 到达  时间 | |  |
| 返程航班号/车次 | |  | | 返程机场/车站 | |  | 返程  时间 | |  |
| 发  票  信  息 | | 发票单位名称： | | | | | | | |
| 纳税人识别号或者统一社会信用代码： | | | | | | | |
| 地址、电话（财务不要求体现可以不写）： | | | | | | | |

说明：请于2022年8月12日前将参会回执表发送至食药同源联盟秘书处邮箱：[shiyaotongyuan@163.com](mailto:shiyaotongyuan@163.com)，邮件主题请备注食药同源高峰论坛参会回执—参会人员姓名+单位。