**第七届脊柱骨盆肿瘤外科治疗学习班 注册表**

 请打印或用正楷填写下表，填好后请发至 spinopelvic@126.com

|  |
| --- |
| **参会人员信息** 请务必准确填写 |
| **姓名**  **职称**  □教授 □主任医师 □副教授 □副主任医师 □主治医师 □住院医师/研究生**电子邮箱**  **手机号码** **工作单位 院系/科室** **联系地址 邮 编**  |
| **会议注册费**  此注册费不包含住宿费用 |
| □ 已通过汇款缴纳注册费 □ 我将在现场缴纳注册费 （8.11日前注册 800元；8.11之后及现场注册 1000元）汇款信息：工商银行西直门支行 0200065009024900140 北京大学人民医院  请注明“第七届脊柱骨盆肿瘤学习班+发票抬头” 北京市西城区西直门南大街11号 骨与软组织肿瘤治疗中心（11A病房）**注意事项：**1. 提前注册：请于8.11日前将此表发至 spinopelvic@126.com进行注册，并于现场补交注册费。
2. 现场注册接受现金支付，银行卡支付。
3. 会议注册费用一经缴纳概不退还。

注：如需开具发票，请填写发票单位名称  |
| **继续教育相关** ※如需办理学分，请填写以下信息（每项必填） |
| 性别：□男，□女； 民族\_\_\_\_\_\_; 年龄­\_\_\_\_\_\_\_; 证件类型\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 证件号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;职称\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 职务\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 最高学历\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 最高学位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;所在单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;通讯地址\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 邮编\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; 注：如需办理国家级继续教育学分证书（4分）请缴纳15元 |
| **住宿预订**  |
| 此次会议会场地址为：北京国宾酒店，北京市阜成门外大街甲9号* 需要预订会议酒店，北京国宾酒店，价格650元（含单早），入住日期：8月\_\_\_日，预订\_\_\_\_\_晚

注：由于会议用房紧张，请在8.11日前确认预订* 自行安排住宿，不需要通过会议预订。
 |