**附件**

**参 会 回 执 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | **企业税号**（以便开具发票） |  |
| **地 址** |  | **联系人****及联系方式** |  |
| **参会人员信息** |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **固定电话** | **手 机** | **E-mail及QQ号码** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **建议与****意见** | （关于学习内容，您有哪些问题可在此处留言，也可另附页。） |
| **是否代订****住宿** | **是 □** **标准间 间**（可拼间 □ 不拼间 □） | **否 □** | 代订入住酒店：湖光饭店：340元/晚 |
| **备注** | 户 名：浙江省保健品化妆品行业协会 | 汇款时请务必备注“单位名称+人数” |
| 开户银行：中国农业银行西湖支行营业部 |
| 银行账户：19000101040013779 |
| 请将本表填写完整并传真至：0571-87231703，或者发送邮件至：zjhpa2006@126.com联系电话：0571-87231703鄂磊；0571-85115039戚志成另：关于本次会议通知、发票等项目需协调或支持者，可致电协会秘书处。 |