**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](mailto: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。 | | | | | | | |