中国研究型医院学会神经再生与修复专业委员会

**干细胞产业转化学组第二届年会参会报名表**

2019年10月18-19日

**会议地点：**江苏南京中山路321号 南京鼓楼医院科学会堂

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **单位** |  |
| **联系方式** |  | **职称** |  |
| **专业** |  | **邮箱** |  |
| **注册时间** |  | **发票抬头** |  |
| **研究方向** |  |

**会议注册方式**

**注册费：800元/人（仅限2019年10月10日前注册）**

 **1000元/人（2019年10月10日后及现场注册）**

**请将注册费转入如下账户：**

名称：南京鼓楼医院集团医院管理有限公司

开户行：华夏银行南京中山路支行

账户：10372000000001335

会务公司地址：江苏省南京市中山路321号

会务管理电话：025-83105675

**汇款需知**

1、个人提前打款到管理公司，汇款时请一定要注明开票单位名称及参加的会议名称，例如：（\*\*单位，10.18干细胞产业转化学组年会），不然发票只能开个人的。

2、公对公转账，备注写清楚会议时间、什么会议以及参会人数，例如：（10.18干细胞产业转化学组年会）

3、请保留好汇款凭证，发票现场开。



**会务联系方式:**

谢园园（干细胞产业转化学组秘书处）

E-mail：amuxieyuanyuan@sina.com

Tel：025-68182508