

附件一：

**2020 年全国药物滥用防治研讨会
暨中国药物滥用防治协会第十九届学术会议
报名回执**

(□内选择后请划√)

姓名：	性别： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
单位名称：	职务/职称：
联系地址：	邮编：
手机(重要)：	电话：
E-mail：	住宿要求： <input type="checkbox"/> 单间 <input type="checkbox"/> 双间
参会时间选择 全程 <input type="checkbox"/> 第一天 <input type="checkbox"/> 第二天 <input type="checkbox"/>	
发票抬头及税号(必填)：	

.....