

附件一 注册回执表

厦门冬季脑科学与脑疾病国际研讨会

(2018.12.7—12.9)

注册回执表

姓名		单位	
发票抬头		单位统一社会信用代码	
电子邮箱			
联系电话			
是否需要墙报	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
是否预定住宿	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
是否参加 12 月 7 日晚餐	<input type="checkbox"/> 是	<input type="checkbox"/> 否	
备注：会议酒店为厦门大学翔安国际学术交流中心，标准房 405 元/晚。			

请各位与会代表务必于 2018 年 11 月 30 日前将回执表发送至会议指定邮箱：neuro@xmu.edu.cn。