

附件：

**中国卫生信息学会远程医疗信息化专业委员会  
2015 远程医疗信息化专业委员会学术年会  
参会回执**

单位名称					
通信地址				邮编	
发票抬头	1. 同上述单位    2. 其他：				
付款方式	<input type="checkbox"/> 1. 银行汇款及转账 <input type="checkbox"/> 2. 现场现金 <input type="checkbox"/> 3. 现场刷卡				
出席会议人员名单					
姓名	部门	职务/职称	电话	手机	电子邮箱
注：本次会议发票开具内容为“会议费”。					