



附件 1:

2017 第五届全国天麻会议参会回执表

会议时间: 2017 年 10 月 21 日至 23 日 (21 日全天报到)

会议地址: 云南省昭通市彝良县

收费标准: 1、会务费: 2017 年 8 月 31 日前注册并交费 800 元/人, 9 月 1 日至会议现场注册交费 1000 元/人。

2、住宿统一安排, 费用自理, 详见大会第二轮通知。

参会回执表

单位名称				联系人	
通讯地址				邮 编	
联系电话		传 真		手 机	
网 址		E-mail		QQ 号	
参会人员名单					
姓名	性别	职务	会期联系电话	预计到 达时间	备注
是否在会期演讲或交流发言		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	题目		
是否提交论文		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	题目		
是否需要宣传		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	项目	展位 <input type="checkbox"/> 会刊 <input type="checkbox"/> 赞助 <input type="checkbox"/> 其它 <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> 参会费用_____元已于___月___日汇出; <input type="checkbox"/> 会议报到时支付					
银行汇款: 开户行: 中国工商银行股份有限公司武汉软件园支行					
户 名: 武汉菌博会展服务有限公司 账 号: 3202 1058 0910 0083 763					

备注: ①回执表填好后请传真至 027-59905295 或者电邮至: eme@emushroom.net;

②咨询电话: 027-59905295 027-59905296;

③QQ 号: 1026101589、2661387756、3247537195。