



世界中医手法高峰论坛暨 2019 加拿大注册中医师针灸师

继续教育学术大会

参 会 报 名 表

会议时间: 2019 年 8 月 31 日- 9 月 1 日		
姓名: Full Name	国籍: Nationality:	护照号码: Passport number
性别: 男 女 Gender: Male Female	出生日期: Date of Birth	现从事专业: Present Occupation
工作单位及职务/职称: Job Title and Name of the organization		
电话: Contact Tel	电邮: Email	微信: Wechat
需要注册费发票 Do you need Invoice (是 Yes_; 否 No_)	发票准确名头: Title of Invoice	
会后旅行要求 (费用自理): Requirement of post conference travel	签证用邀请函需求 Visa invitation: (注: 签证用邀请函国际快递费 30 美元/件) (是_; 否_)	

填表人签字 Signature of Applicant:

签字日期:

以上填好请发至大会组委会电子邮箱: info@tcmace.com 即可完成