**附件2：**

**2025年中国植物病理学会产后病理学专业委员会学术年会**

**参会回执单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 单位名称 | |  | |
| 固定电话 |  | 传真号码 |  | 手机号码 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | 邮政编码 | |  | |
| Email |  | | | 职务/职称 | |  | |
| 代表身份 | [ ] 普通代表 [ ] 学生代表 | | | | | | |
| 住宿选择 | 酒店及  房间类型 |  | | | | | |
|  | 住宿时间 | [ ]9月26日 [ ]9月27日 [ ]9月28日 [ ]9月29日 | | | | | |
|  | 是否同意合住 | [ ]同意 [ ]不同意 | | | 拟合住对象姓名 | |  |
| 报告类型 | [ ]口头报告 [ ]墙报 | | | | | | |
| 报告题目 |  | | | | | | |
| 发票信息 | 发票抬头+纳税人识别号 | | | | | | |
| 备注 | 在汇款或转账时，请在“用途”备注“单位+参会人姓名+产后病理年会” | | | | | | |

**注：1、学生代表请在发《参会回执单》时附上学生证等证明材料的扫描件；**

**2、回执单请发送至邮箱：zwbl2025@163.com。**