**会 议 回 执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 工作单位 |  | 部门 |  |
| E-mail |  | 职称 |  |
| 座机 |  | 手机 |  |
| 参会模式 | 线上（网络）◎ 线下（现场）◎  |
| 到达时间 | 11月 日 | 离开时间 | 11月 日 |
| 预定房间 |  否◎ 是◎ 单间◎ 合住◎ |
| 是否投稿 | 否◎ 是◎ |
| 论文题目 |  |

备注说明：

1.会议回执电子版发送至电子邮箱：CSPM2018@163.com；

2.本次会议参加现场会议注册费全免，食宿及交通费用敬请自理；

3.本次会议参加网络会议注册费全免，需缴纳网络服务费500元/人；

4.会议回执纸质版邮寄至：江苏省南京市玄武区百子亭42号

江苏省肿瘤医院【210009】

联系人： 许红霞 电话：13770328518