

附件：

第二届山西省药师大会参会回执

姓 名		性别		职务职称	
单位名称				联系方式	
通讯地址				邮 编	
是否需要发票	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
发票抬头					
纳税人识别号		邮 箱			
地址、电话					
开户行、账号					