**◇ 注册回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **职称/职务** |  | |
| **单位** |  | | | | |
| **通讯地址** |  | | | | |
| **电话** |  | | **邮件** |  | |
| **住宿** | **3.27** |  | | **3.28** |  |
| 您是：□专家学者 □公司研发人员 □公司管理人员 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| **研讨会地址：**中科院苏州生物医学工程技术研究所，苏州高新区科灵路88号，215163。会议无注册费，住宿费用为150元/晚，地点为研究所内部专家公寓，需提前注册预订。 | | | | | |
| 届时我们会准备桌子和展板用于放置材料，欢迎您带贵公司的介绍材料来展示。 | | | | | |

**◇ 调查回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 您是否愿意在下一次医工所医疗器械研发相关的研讨会演讲 |  |
| 演讲人姓名 |  |
| 演讲题目或内容 |  |
| 联系电话和邮件 |  |
| 您是否愿意展出贵公司产品 |  |
| 您是否愿意赞助研讨会 |  |

回执表格可从会议网址获得，请于3月24日12:00前将回执通过电邮发送至

联系人：王亦乐，苏州高新区科灵路88号，215163

电话：0512-69588016 　　　　手机：13776096835

邮箱：wangyl@sibet.ac.cn

会议网址：www.sibet.cas.cn