第一届“转化系统医学”国际研讨会参展单位意向登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | 联系人 |  |
| 地址 | |  | 邮编 |  |
| 电话 | |  | 传真 |  |
| 手机 | |  | E-mail |  |
| 参展人员姓名 | |  | | |
| 参展项目 | |  | | |
| 参展费用（元） | |  | | |
| 汇款方式（打√） | | 银行转帐 支票 现金 邮局汇款 | | |
| 参展单位（签字盖章）：  年 月 日 | | | | |
| 组委会确认（签字盖章）：  年 月 日 | | | | |
| 备  注 | 1、请有意向参加第一届“转化系统医学”国际研讨会的公司填好参展意向登记表发送至以下邮箱：yeqingqing616@sjtu.edu.cn。  2、截止日期：2018年9月30日  3、布展时间和地点详见第二轮通知 。 | | | |

联系人：

叶青青：021-34206059, yeqingqing616@sjtu.edu.cn

地 址：上海交通大学闵行校区系统生物医学研究院A306办公室