|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □ 我是“医生集团/医生联盟/医生工作室/医生团队/医联体”组织机构负责人，希望申请免费参会资格。  1.请贵组织机构负责人填写以下表格、提交相关资料，经主办方核实后，可享免费参会名额2个，其他随行人员须按注册费用标准注册缴费。  2.因涉及大会现场医生集团名录印刷事宜，申请时间截止至4月12日，请申请人及时上传申请表格资料，  或邮件至 2510083399@qq.com，谢谢。 | | | | | |
| 组织名称\* |  | | | 创立时间\* |  |
| 运营机构\* |  | | | 注册时间\* |  |
| 联系地址\* |  | | | 邮 编\* |  |
| 创 始 人\* |  | 手机\* |  | 邮 箱\* |  |
| 联 系 人\* |  | 手机\* |  | 邮 箱\* |  |
| 网站 |  | | | | |
| 组织简介\* | **整体描述（500字以内，用于会刊介绍）\*：** | | | | |
| 我们是谁？\* | | | | |
| 我们在做什么？\* | | | | |
| 我们做得怎么样？\* | | | | |
| 团队规模？ | | | | |
| 医生专家队伍（请提供专家代表姓名、科室等）？关注的重点学科？ | | | | |
| 融资阶段？\*（融资需求） | | | | |
| 近期活动？\*（或最近一年运营情况，如营收、接诊人次等） | | | | |
| 其他证明 | 其他可以证明组织机构正常运营的文件或信息，如营业执照、新闻报道等。（可附照片、网站链接、WORD、PDF文档等） | | | | |

**大会注册说明**

1．本次大会采用网上注册系统，登陆2016ysjtxyws.medmeeting.org，点击“参会注册”按钮，即可进入注册流程。

2．大会以收到代表汇款视为注册完成，并给予发放注册确认信（注册时请填写常用邮箱）。注册代表可在会务系统平台“个人中心”查看注册状态。

3.医生集团免费名额申请。请登陆大会网站，点击“会议文件”下载“医生集团定向免费名额申请表”，完整填写后在电脑PC端完成上传。

4.单个医生集团有3人以上参会，其中，免费名额通过“个人代表注册”申请，其他人员通过“团队代表注册”申请享受团队注册优惠。

5.医生集团定向免费申请审核联系人：戴丹，18710108002，2510083399@qq.com。

**参会人员回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参会人1** |  | **手机** |  |
| **供职单位** |  | **职务** |  |
| **E-mail** |  | | |
| **参会人2** |  | **手机** |  |
| **供职单位** |  | **职务** |  |
| **E-mail** |  | | |
| **会议服务信息** | **会议时间**  2016年4月21日（周四）全天报到，4月21日下午至22日下午开会，22日晚上离会。  4月22日下午至24日中午，同地召开“第三届中国县域卫生发展论坛”。  **会议酒店**  北京·昆泰酒店  地址：北京市朝阳区望京启阳路2号  电话：010-84106666 | | |
| **联系方式** | 戴丹：18301162788，2510083399@qq.com | | |