## **2020年日本大阪国际综合医疗博览会报名表**

|  |
| --- |
| **报名回执表** |
| 单位名称： |
| 企业联系人 |  | 联系电话 |  |
| 参团人姓名1 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号1 |  |
| 护照号码1 |  |
| 参团人姓名2 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号2 |  |
| 护照号码2 |  |
| 房间要求： □标间 □单间（团费包含的是双人间费用，如需单间需补费用） |
| 饮食忌口： |