

# 第五届国际临床骨测量 (ISCD) 医师/技术员证书班

(2008 年 10 月 24—27 日 · 北京)

## 参 会 回 执

姓名		性别		年龄		技术职称		行政职务	
单位名称									
单位地址							邮政编码		
联系电话			(O) (H)	传 真			E-mail		
所属专业： <input type="checkbox"/> 骨科 <input type="checkbox"/> 放射科 <input type="checkbox"/> 核医学科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 老年科 <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 风湿病科 <input type="checkbox"/> 康复科 <input type="checkbox"/> 其他									
注册费：_____元 <input type="checkbox"/> 医生 600 元 <input type="checkbox"/> 技术员 500 元 ISCD 证书考试费：_____元 <input type="checkbox"/> 医生 400 元 <input type="checkbox"/> 技术员 400 元 <b>总 计：_____元</b> 您选择的注册方式： <input type="checkbox"/> 邮局汇款 <input type="checkbox"/> 银行汇款 于_____年_____月_____日汇款，金额：_____元×_____人=_____元									
<b>【邮局汇款】</b> 单 位：中国健康促进基金会 地 址：北京市阜成路 28 号航医大厦 1610 室 邮 编：100142 收款人：缪学敏 (汇款时，请您注明积水潭医院证书班)					<b>【银行汇款】</b> 汇入行：北京银行阜裕支行 户 名：中国健康促进基金会 帐 号：0109 0373 1001 2010 9117 019 行 号：373 (汇款时，请您注明积水潭医院证书班)				
备注：									

☆ 请认真详细填写回执，特别是您的联系方式，便于今后我们与您联系。如有疑问，请与我们联系。

☆ 此表复印有效

联系人：王茂颖  
 北京积水潭医院放射科  
 北京市西城区新街口东街 31 号 (100035)  
 电话：13601088407

缪学敏  
 北京市阜成路 28 号航医大厦 1609-1612 室 (100142)  
 电话：010-51817617      传真：010-51817617  
 E-mail: iscd@cof.org.cn