**第四届苏州国际医学影像研讨会注册表**

2017年11月3-5日江苏·苏州大学

**注：在[ ]内打√选择相应选项，带\*的内容为必填内容。**

|  |
| --- |
| **注册类型**\* |
|  **[ ]**教师 **[ ]**学生 **[ ]**其他 |
| **个人基本信息** |
| 姓名\* |  | 职称(对非学生) |  |
| 单位\* |  | 导师(对学生) |  |
| 电子邮件\* |  | 移动电话 |  |
| 通信地址 |  | 邮编 |  |
| **是否有Poster展示（鼓励参会者踊跃报名，以加强学术交流)** |
|  **[ ]** Poster  |
| **Poster信息（如有）** |
|  Poster：作者、题目、会议/期刊名、发表/录用时间。  |
| **是否参加4日晚宴（学生参加晚宴需额外交200元费用，共1000元，一并开成注册费发票，不参加晚宴的学生另外安排就餐）** **[ ] 晚宴** |
| **发票信息** |
| 抬头： 纳税人识别号： |

**注意事项：**

1. 会务组收取注册费，安排会议期间的午餐和晚餐。
2. Poster所涉论文可为2013年以来发表或录用于以下会议或期刊、且与医学图像处理相关的论文：会议：IPMI、MICCAI、CVPR、ICCV、ECCV、ISBI、ICPR、ICIP、ACCV等。

期刊：TIP、TBME、TMI、TITB、MIA、MP、BMC Bioinformatics等。

(以上会议和期刊仅供参考，论文不限于上述会议和期刊，欢迎列表中未给出的高水平论文参与交流。)

1. 注册缴费方式如下：

现场现金或刷卡/转账至银行账户：

户名：苏州大学

银行账号：325601000010149002255

开户行：交通银行股份有限公司苏州苏大支行

务必在银行附言栏备注“XXX学校某某某参加苏州国际医学影像研讨会”

请将汇款总金额、汇款日期、户名发到会议注册邮箱SZMedicalImage@126.com，以便对账。

**请将注册表发送到**SZMedicalImage@126.com**，邮件标题请设置为“第四届国际医学影像研讨会 - 注册 -姓名 -单位”。**

联系人： 沈宇禾

Email: SZMedicalImage@126.com