**2022年优秀口腔机构展示暨创业分享交流会**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 法定代表人 |  | 单位座机 |  |
| 申请人（嘉宾姓名） |  | 职务 |  |
| 联系方式 |  | | |
| 分享主题 |  | | |
| 嘉宾相片（形象代表图） | 嘉宾简介（不超过100字） | | |
| 其他分店名称/连锁名称 |  | | |
| 是否申请展位形象展示  🞎是 🞎否 | 展示面积：(🞎内打√选择)  🞎9平 🞎18平 🞎36平 | | |

**申请表**

参与要求：

1. 仅限口腔机构创始人；**2.**经营两家及以上连锁诊所代表；**3.**分享时间为40分钟；

**4.**名额仅限10个；**5.**演讲时间：2022年9月5日（最终入选抽签确认）

申请方式：

1. 将下载填写的附件（申请表），发送邮箱3249893807@qq.com
2. 申请时间截至8月1日
3. 入选通知时间：8月15日

备注：最后审核入选的机构，展会通过媒体宣传推广，线上分享学习。