



参会编号 (此栏由职员填写)

第十一次中文文獻資源共建共享合作會議 報名表

聯絡資料

姓名	(中文)	(英文)
称谓	<input type="checkbox"/> 教授 <input type="checkbox"/> 博士 <input type="checkbox"/> 先生 <input type="checkbox"/> 女士 <input type="checkbox"/> 其他 (请注明)	
通讯地址	(邮政编码_____)	
职 称	电邮地址	
联络电话	移动电话	

- 所提供的联络电话、移动电话及传真号码，请加上“+”号及地区号码，如：+853-12345678；
- 请务必填写有效的电邮地址，以确保是次会议相关信息接收无误。

专业领域

<input type="checkbox"/> 从事本澳或外地图书馆或信息业	工作单位	
<input type="checkbox"/> 现正修读本澳或外地图书馆及资讯科学	就读院校	
<input type="checkbox"/> 其他	工作领域	

参与团体

<input type="checkbox"/> 图书馆协会或相关团体的会员	团体名称	
<input type="checkbox"/> 其他团体或学会的会员	团体名称	

承诺声明

本人知悉及同意上述所提供的个人资料仅作参加是次会议活动的联络用途。

- 报名人必须同意上列承诺事项，并在空格加上「✓」号以完成报名申请；
- 会议不收取任何费用，惟由参与会议衍生的一切费用由参加者自行负责；
- 外地报名者需自行安排个人机票及酒店住宿；
- 会议名额有限，以业界人士优先，筹委会保留参会申请的最终决定权。

敬 请 于 2016 年 9 月 30 日 前 将 本 表 格 递 交：

「第十一次中文文獻資源共建共享合作會議籌備委員會」电邮地址：ccdsr2016@icm.gov.mo

- 查询请联络筹备委员会秘书处张小姐 (电话：+853-8598 6661) 或叶小姐 (电话：+853-8598 6622)。