**附件:**

全国临床科研方法与实践讲习班注册回执表

单位签章

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮 编  |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  | 传 真 |  |
| 手 机 |  | 邮箱 |  |
| 参会代表 | 姓 名 | 性别 | 职称/职务 | 手 机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿预订 | □ 标准间合住□ 标准间单住 请在方框内划“√” |
| 备 注 |  |

此表复印有效，请用正楷填写。 咨询电话/传真：010-52283929