**附件1：报名回执表**

------------------------------------------------------------------------------

**“药品GMP数据完整性保障应用与计算机化系统合规性实际指导”务实培训会**

**报名回执表**

(电话：010-63290290 邮箱报名：[cmeapx@163.com](mailto:cmeapx@163.com) 传真报名：4008892163-106196）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 培训联系人 | |  |
| 单位地址 |  | | | 电话 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | 传真 | |  |
| **学员姓名** | **性别** | **部门** | **职务** | **手机** | | **电子邮箱** |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| 交费方式 | □ 现金　□ 转账 □ 支付宝 | | | 住 宿 | | □单间 □标间 □否 |
| **您所需解决的问题（选填）** |  | | | **单位公章** | | （名称）  2016年 月 日 |
| **您所关注的重点内容（选填）** |  | | | | **备注** | 培训学员请详细填写回执表，其中单位、地址与联系方式为必填项。 |

联系人：王超　　　　　手机：18611200320 （此表复制有效）