**医疗器械生产企业工艺验证务实培训班· 报名回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | **住 宿** | □单间 □标间 □否 |
| **您所需解决的问题** |  | **单位公章** | （名称）2016年 月 日 |
| **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。 |

 （此表复制有效）