医疗产品责任与医疗器械临床试验管理规范高级研修班报名回执表

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |   |
| 联 系 人 |  | 手 机 |  |
| 联系电话 |  | 传 真 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职务或职称 | 电话 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住宿预订 | 〔 〕标准间合住 〔 〕标准间单住 |
| 备 注 |  |

注：此表复制有效。填写好传真至：010-87557879