附件1

中国医院协会药物临床试验管理能力提升培训会

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | | | | | **邮编** |  |
| **地址** |  | | | | | | |
| **电话** |  | **传真** |  | **邮箱** |  | | |
| **联系人**  **或负责人** |  | **职务** |  | **手机**  **（必填）** |  | **邮箱**  **（必填）** |  |
| **参会嘉宾1** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾2** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾3** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾4** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾5** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾6** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **备 注** | 1.报名参会请通过邮箱chazgyyxh@163.com发送至中国医院协会。  2.参会代表住宿费和交通费自理。  3.此表复制有效。 | | | | | | |