附件2

**中国医院协会临床试验监查员培训班**

**回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位** |  |
| **地址** |  | **电话** |  |
| **参会****联系人** |  | **手机（必填）** |  | **邮箱（必填）** |  |
| **参会学员** | **性别** | **职务** | **手机** | **邮箱** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **注册缴费** | 注册费： 元/人× 人= 元  |
| **发票事项** | 发票抬头 |  | 纳税人识别号 |  |
| **汇款信息** | * 账户名称：中国医院协会，
* 开户行：招商银行北京分行北三环支行
* 账号：86 2281 2998 10001
* 银行汇款缴费请注明“临床研究管理部”
 |