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” | | | | | | |