附件2：

**《中国儿科人群临床试验伦理审查规范》贯标培训班**

**报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | | | | |
| **地址** |  | | | | |
| **学员姓名** | **性别** | **职务** | **手机** | **邮箱** | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| **注册缴费** | 培训注册费： | | | | |
| **发票事项** | 发票抬头 |  | 纳税人识别号 | |  |
| **备注** | 1. 会前缴费：银行汇款缴费请注明“儿科伦理培训”   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  2.现场缴费：可现金、刷卡、微信、支付宝付款。  3.现场开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效）。  4.请将回执信息填写准确，并邮件至cha\_ethics@163.com。  5.此表复制有效。 | | | | |