**“医疗器械临床前研究及临床试验专题培训班”参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮 编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联 系 人 |  | 部 门 |  | 手 机 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参会 代 表 | 姓 名 | 性别 | 电 话 | 手 机 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿天数： 天住宿要求： ☐标间 ☐单间 |
| 1、请您务必准确填写各项信息,以便制作代表证、通讯录等相关会务资料。2**、请您在回传此确认表后7个工作日内办理付款，汇款注明:临床培训班款。**3、付款后把汇款底单发送至zgylqxhyxh@126.com，款到后会邮寄正式发票。 |
| 单位名称 |  | 金 额 |  |
| 纳税人识别号 |  | 开户行 |  |
| 地 址 |  | 账 号 |  |
| 电 话 |  | 联系人 |  |
| 开票名目 | 会议服务费 | 手 机 |  |
| 开票明细 | ☐专 票 ☐普 票 |  |  |

联系人：孙亚宾 手 机：13552226832（同微信）

电 话：010-59465799 传 真：010-59465799

邮 箱：zgylqxhyxh@126.com