**关于召开医疗器械生产质量管理规范政策研讨会的通知**

**参会回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 参会人 | 职务 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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。 |