附件：

**参加无菌医疗器械实验室检测人员操作技能和实验室基础知识培训班**

**会 议 回 执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | |
| 企业地址 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请将回执于8月30日前发送至分会邮箱，以便分会安排培训计划。