附件：

**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**

**报 名 回 执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | |
| **单位地址** |  | | | | |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **联系电话** | **邮 箱** | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| **会 员** | **是( )；否( )** | | | | |
| **住 宿** | **合住( )；单住( )；  入住日期： 离店日期：** | | | | **不住( )** |
| **开票信息** | | | | | |
| **单位名称** |  | | | | |
| **税 号** |  | | | | |
| **备 注** |  | | | | |

请于**8月18日**将报名回执前发送至分会邮箱gaofenzibest@163.com