医疗器械企业培训班报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 邮寄地址 |  |
| 联系人 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 参会人员姓 名 | 性 别 | 职称/职务 | 手 机 | 培训班名称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 请您写下宝贵建议： |  |

注：1.请将【转账凭证】和【电子版报名表】一并发至培训中心会务组邮箱：reply@mreln.com，邮件主题备注“班级名称”；

2.如有疑问或需要帮助，请与工作人员联系。