附件

药品企业QA管理能力提升研修系列培训班报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 手机号码 | 报名班期 |
|  |  |  |  | 例：第一期、第二期培训班 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 请提出您宝贵建议 |  |

**注：**1.请将转账凭证截图和电子版《报名回执表》一并发至培训中心会务组邮箱：reply@mreln.com，邮件主题标注“班级名称”。

 2.预订住宿电话027-87136599，如有疑问或需要帮助，请与工作人员联系。