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**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | | |
| 企业地址 |  | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 微信号 | 合住/单住 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1、请将回执于9月29日前发送至分会邮箱，以便分会安排培训事宜。  
2、未发回执，现场报名的学员若酒店房间不够，由会务组协助到附近酒店办理住宿。