附件：

**欧盟医疗器械法规专题培训班报名回执**

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

请于**6月15日前**将报名回执发送至分会邮箱gaofenzibest@163.com