**附件1**

“药物&医疗器械临床试验质量管理技术学习班”

暨“第7届临床试验研究岭南论坛”

**报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | 请同时注明**税号（**开具发票用**）** | | | | | | | |
| **姓名** | 性别 | 职务/职称 | **身份证号码**  **（办理证书用）** | 联系电话（手机） | | E-mail | 开票信息（备注：普票/专票） | 邮寄地址 |
|  |  |  |  |  | |  | 开户单位：  开户银行：  账号：  单位地址：  电话： |  |
| 住宿预订：是否住宿（是/否）  单间□ 标间□ | | | | | 推荐入住深圳万悦格兰云天大酒店。  **会务组可统一预定，费用自理。** | | | |

**注：为办理培训证书，请务必填写报名回执。**[**请将回执发送至**lcsypx@163.com](mailto:请将回执发送至kangqimed@163.com)**。**