附件

临床试验管理与研究能力提升培训班报名回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 手机号 |  | 邮箱 |  |
| 是否需要GCP培训证书 | □是 □否（若是，请填写身份证信息） |
| 身份证号码 |  |
| 是否住宿 | □是 □否 | 入住时间 |  |
| 单间（1人间） | □是 | 标间（2人间） | □是 |

注意事项：

请所有参会人员务必于7月10日前通过邮件等方式反馈至会务处。

咨询电话：0731-84332081 联系人：张宁 李紫璐

电子邮箱：fyywlcsy@163.com