【回执】

首届国际临床研究QM大会暨中国食品药品企业质量安全促进会临床研究管理专业委员会成立大会报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 联系人 |  | 联系方式 |  | |
| 联系地址 |  | | | |
| 参加培训人员名单 | | | | |
| 姓名 | 身份证号 | 联系电话 | | 职位 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 酒店住宿 | | | | |
| 将要入住的协议酒店名称 | |  | | |
| 发票信息 | | | | |
| 账户名 | |  | | |
| 纳税人识别号 | |  | | |
| 汇款单信息 | | 可以将汇款凭证拍照或截图后粘贴此处 | | |
|  |
|  |
|  |