附件2

**无菌医疗器械检验员操作实务培训班报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单 位** |  | **产品名称** |  |
| **地 址** |  | **邮 编** |  |
| **联系电话** |  | **传真** |  |
| **姓 名** | **性别** | **住宿情况** | **E-mail** |
|  | □男 □女 | □单住 □合住 □不住 |  |
|  | □男 □女 | □单住 □合住 □不住 |  |
|  | □男 □女 | □单住 □合住 □不住 |  |
|  | □男 □女 | □单住 □合住 □不住 |  |

**注：请详细填写本公司产品名称，我们将以同产品或类似产品划分培训班开设课程。**