**“医疗器械注册法规及审评技术要求专题培训班”参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 邮 编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 联 系 人 |  | 部 门 |  | 手 机 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参  会 代 表 | 姓 名 | 性别 | 电 话 | 手 机 | | 邮 箱 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |
| 住宿天数： 天  住宿要求： ☐标间 ☐单间 | | | | | | |
| 1、请您务必准确填写各项信息,以便制作代表证、通讯录等相关会务资料。  2**、请您在回传此确认表后5个工作日内办理付款，汇款注明:“医疗器械注册法规及审评技术要求专题培训班”款**  3、付款后把汇款底单发送至zgylqxhyxh@126.com，款到后会邮寄正式发票。 | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | 金 额 |  | |
| 纳税人识别号 | |  | | 开户行 |  | |
| 地 址 | |  | | 账 号 |  | |
| 电 话 | |  | | 联系人 |  | |
| 开票名目 | | 会议服务费 | | 手 机 |  | |
| 开票明细 | | ☐专 票 ☐普 票 | |  |  | |

联系人：孙亚宾 手 机：13552226832（同微信）

电 话：010-59465799 传 真：010-59465799

邮 箱：zgylqxhyxh@126.com