附件1

医学科技创新能力提升培训培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人： | |  | | 联系电话： |  | |
| 开票单位名称  纳税识别号 | |  | | | | |
| 电子邮箱： | |  | | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | | | 备注 |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  |  | | |  |

注：请于10月18日17:00前将回执盖章扫描件、可修改电版及缴费回单发至邮箱。