附件1：

第五届药物非临床安全性评价专题负责人高级培训班

报名回执

敬请参会代表在2019年7月1日前将填好的回执返回，谢谢合作。

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名: | 性 别： |
| 专 业: | 职 务: |
| 电话/手机: | 传 真: |
| 电子邮件: | |
| 单位名称: | |
| 通讯地址: | |
| 邮 编: | |
| 入住酒店起止时间: 至 | |

备注：

1. 以上回执复印、传真亦有效
2. 如同一单位有2人或2人以上参会，请分别填写回执