附件2

ICH M4&M8指导原则临床申报资料要求培训

报名回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **单位** | **职务** | **手机号码** | **电子邮箱** | **行程安排** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**请务必在缴费后填写此表并发送至 kjpjb@cpa.org.cn。**

**（2019年11月7-8日）**