附件1

第七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

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名:  | 性 别：  |
| 专 业:  | 职 务: |
| 电话/手机: | 企业合作意向: 有 无 |
| 电子邮件: |
| 单位名称:  |
| 通讯地址:  |
| 邮 编: |
| 入住酒店起止时间: 至  |

敬请培训学员在2024年8月20日前将回执发送至ncsed\_huiyi@163.com。