**附件**

2019年全国医疗器械注册法规与申报审评

技术要求高级培训班报名表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 发票单位名称 | □同单位名称 □其他:□开票名称: □纳税人识别号： |
| 通讯地址 |  | 邮 箱 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  | 传 真 |  |
| **参加人员信息** |
| 姓 名 | 性 别 | 职务 | 手机 | 微信号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 参加单位盖章：年 月 日  |
| **备注:**1、回执表上请务必注明通讯地址，联系电话（手机）并加盖单位公章。  请您在回传此确认表后5个工作日内办理付款，汇款注明:医疗器械注册审评会议费。1. 付款后把汇款底单发送至2513255537@qq.com，款到后我们会邮寄正式发票。
2. 户 名：华夏博源（北京）工程技术研究院

账 号：110916900710501开户行：招商银行股份有限公司北京西二旗支行4、联系人： 徐 盼 18910736215  |