附件2

ICH M3（R2）及相关药物

非临床安全性评价指导原则

培训报名回执

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

**请务必在缴费后填写此表并发送至 int-dept@cpa.org.cn。**