附件3

ICH M4&M8指导原则临床申报资料要求培训

汇 款 回 执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **汇款人** |  | **汇款日期** |  |
| **参会代表姓名** |  | **汇款方式** |  |
| **联系电话** |  | | |
| **电子邮箱** |  | | |
| **发票单位名称** |  | | |
| **纳税人识别号或统一社会信用代码** |  | | |
| **汇款单信息** | 可以选择将汇款凭证拍照或截图后粘贴此处 | | |

**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）**