**附件1：**

**第六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**

敬请参会代表在2021年9月1日前将填好的回执返回，谢谢合作。

|  |  |
| --- | --- |
| 姓 名:  | 性 别：  |
| 专 业:  | 职 务: |
| 电话/手机: | 传 真: |
| 电子邮件: |
| 单位名称:  |
| 通讯地址:  |
| 邮 编: |
| 入住酒店起止时间: 至  |

备注：

1. 以上回执复印、传真亦有效
2. 如同一单位有2人或2人以上参会，请分别填写回执