**附件 2：**

**报 名 回 执 单**

药物临床试验质量管理规范与机构资格认定、复核审查培训班

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 邮编 |  |
| 详细地址 |  | | | | | |
| 参会代表 | 性别 | 部门 | 手机 | E-mail | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
|  |  |  |  |  | | | |
| 注  册  费 | 收费标准 | 1200元/人 | | | 含专家讲课费、资料费、证书费 | |
| 费用合计 | （大写）： 仟 佰 拾 元整 （小写）： 元人民币 | | | | |
| 大会指定收款帐户  开户行：郑州市建设银行行政区支行  账 号：4100 1503 0100 5000 7892。  户 名： 河南省人民医院  汇款注明：《药物临床试验质量管理规范》（GCP）培训班 | | | | | |
| (请将银行汇款底单的扫描件邮件或传真至hnsrmyyyljd@163.com,以备会前核实。) | | | | | |
| **是否需要发票：（ ）否；（ ）是 发票抬头：** | | | | | |
| 住  宿 | 会务组预定住宿酒店（ ）是（ ）否；  特殊要求：  若无特殊要求，我们统一视为标间，接受与外单位参会人员拼房。 | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | |

温馨提示：如确定参加本次培训班，请将此表填写完整后于5月9日之前邮件发送到hnsrmyyyljd@163.com，以便注册。联系电话：18638584776；（固定电话及传真）0371-65580803。联系人: 张梦 。