**附件1：**

**《医疗器械无菌检（化）验员实验操作技术指导培训班》报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 传真 |  |
| 学员姓名 | 职务/职称 | 年龄 | 性别 | 手机 | 邮箱地址 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：为了更好地安排培训期间的相关事宜，请各单位于**2018年11月26日**（周一）前将参加培训人员的报名回执以**电子邮件形式发送至**ylqx68@163.com返回协会秘书处。