**回 执 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联系人 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 |  |
| 增值税普通发票 | 开票单位 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 参会人员信息 |
| 姓名 | 单位 | 身份证号 | 手机号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：

1、上海交通大学医学院附属第九人民医院参加人员不用此表报名；

2、外院参加培训请将回执表发送至hongli.liu@gcpunion.org邮箱，邮件主题为上海GCP培训。