**参会回执：**

|  |  |
| --- | --- |
| 早期临床/BE研究专业委员会第二次学术大会参会回执 | |
| 参会人姓名： | 所在单位： |
| 性别： | 职务/职称： |
| 手机： | 邮箱： |

请将参会回执发送到hongli.liu@gcpunion.org邮箱