附件：第一届全国临床研究药物中心化管理培训班参会报名回执，填写发送至邮箱service@gcpunion.org

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 所在单位 | 职务/职称 | 手机 | 邮箱 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |