报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 线上/线下 |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |

注：1、报名截止时间：2021年8月25日

2、广州医科大学附属第五医院参加人员不用此表报名；

3、外院参加培训请将报名表发送至info@gcpunion.org邮箱，邮件主题为广州GCP培训。