附件二

**中澳临床药学实践培训班报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **单 位** | **职 称** | **职 务** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1、此表复印或网上下载有效。2、为便于会务安排，请务必填写好以上回执，或将相关信息于5月10日前通过邮寄、传真、电话或电子邮件发到广东省药学会，传真号：020-37886329，联系地址：广州市东风东路753-2号 广东省药学会 510080 邮箱：gdsyxh45@126.com,电话：37886329 网址：<http://www.sinopharmacy.com.cn/>