附件 **2017年第五届重症患者临床药学实践提高班 报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 工作单位 | 学历 | 职务/职称 | 联系电话 | 是否住宿 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1、此表复印或网上下载有效。2、为便于会务安排以及省继教委的信息反馈要求，请务必填写好以上回执，或将相关信息于开班前通过邮寄、传真、电话或电子邮件发到省药学会，传真号：020-37886330，37886329，联系地址：广州市东风东路753-2号 广东省药学会 510080， 电子邮址：[gdsyxh45@126.com](mailto:gdsyxh45@126.com)，电话：37886329，37886320 ，网址：http:// [www.sinopharmacy.com.cn](http://www.sinopharmacy.com.cn/)。