**《基层临床药师培训之抗菌药物的合理应用与监控》培训班**

**报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通信地址 |   | 邮 编 |  |
| 姓 名 | 性 别 | 职务/职称 | 联系电话 | 传 真 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  | □否□是1日□是31日 |
|  |  |  |  |  | □否□是1日□是31日 |
|  |  |  |  |  | □否□是1日□是31日 |