附件2

**《基层医院药事管理培训班》报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **工作单位** | **职称** | **联系电话** | **是否住宿** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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，于9月20日前通过电子邮件报名。网址：<http://www.sinopharmacy.com.cn/>。