|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： |  |  |  |  |
| **2025年医疗器械无菌保证技术研讨会 报名回执** |
|  |  |  |  |  |
| 单位 |  | 邮箱 |  |
| 开票信息 | 名称： |
| 纳税人识别号： |
| 开户行及帐号： |
| 地址、电话： |
| 姓名 | 手机 | 职务 | 会议酒店房间预订 |
| 入住时间 | 离店时间 | 房型 |
|  |  |  | 　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| \* 住宿说明：本次培训包含**住宿费用（合住），需要单间请告知并补差价550**。**请尽早与秘书处联系**请**2025年3月1日17点前**填写回执回复秘书处。 |