附 件

**医疗器械监管新规下的注册与许可**

**暨新版《医疗器械分类目录》培训班报名回执表**

**（请填写此表后，在2018年10月15日前****将word文档发送至邮箱643750297@qq.com****）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 培训联系人 |  |
| 单位地址 |  | 联系电话/手机 |  |
| 传 真 |  | 个人邮箱 |  |
| **姓名** | **性别** | **职务** | **身份证号** | **手机** | **电子邮箱** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **交费方式** | □提前转账 □现金 □刷卡 □微信/支付宝 |
| **其他培训需求** |  |
| **主要产品** |  |
| **意见或建议** |  |
| **开具增值税普通发票，请准确填写以下信息，未填写信息视为无需发票：**1. **公司名称（必填）：**
2. **社会统一信用代码/纳税人识别号（必填）：**
3. **地址、电话：**
4. **开户行、账号：**
5. **邮寄地址、联系人（必填）：**
 |
| **备注：** |