附件：

**第四届药物检测质量管理学术研讨会报名回执表**

**（请正楷填写）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 职务 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 邮政编码 |  | E－mail |  |
| 单位电话 |  | 手机 |  |

备注：请将此表2017年3月31日前发E-mail至

 maoxin@nifdc.org.cn