附件1：

第四届突发事件应急药品保障研讨会报名回执表

|  |
| --- |
| 单位： |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职务/职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 备注 |  |

注：请参会人员填写报名回执表，于2025年9月12日前将回执表发送到z03@cpa.org.cn。