**附件二：**

**参加“医院药事管理与医院药学高质量发展高级研修班”回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **单 位** | **性 别** | **职 称** | **最高学历** | **手 机** | **身份证号** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填报单位： 联系人：

电话(手机)： 邮 箱（必填，推送通知）：