附件：

**2015年医疗器械临床试验法规培训**

**参加人员回执**

　参会单位名称（盖章）：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **参会人员** | **职务** | **联系电话** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |