附件2

2018年医疗器械网络销售法规培训

参加人员回执

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参加人员** | **职务** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |