附件

2016年医疗器械流通和使用单位法规培训

参加人员回执

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **参加人员** | **职务** | **联系电话** | **备注（经营/使用）** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |