**中国医药生物技术协会**

**细胞产品质量控制及验证培训班参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 中文 |  | | | | | | | |
| 英文 |  | | | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 发票抬头 |  | | | | | | 纳税人识别号 | |  |
| 参会代表姓名 | | 性别 | | 职务或职称 | 研究领域 | 手机 | | 传真 | E-mail |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |  | |  |  |
| 参会费用 | | 缴费金额： 元。是否为会员单位：□是，□否  □电汇 □现金 □邮寄 □其他方式，请注明： 。  转账、汇款请在备注中注明：细胞产品质量控制及验证会议费！ | | | | | | | |
| 银行电汇指定账户：  开户行：中国银行北京国家文化与金融合作示范区国华大厦支行  户名：中国医药生物技术协会  账号：324656017253 | | | | | | | | | |
| 备注 | | | * 通信地址为证书发票邮寄地址，建议详细到省市地区街道门牌号或邮箱 * 发票将在培训后一周按照报名人员提供的地址快递给参会人员 | | | | | | |
| 回执表填好后以传真或邮件形式反馈到组委会  联系人：梁素丽 电话：010-62115986-612 E-mail: liangsl@cmba.org.cn | | | | | | | | | |