附件一：

**新修订《药品管理法》宣贯培训会参会回执表（企业代表填写）**

单位名称： 填表人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 手机号码 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

注：

1、请各单位于2019年10月10日下午17:00前将参会回执表发送至省医药行业协会邮箱：0898hyxh@163.com，或传真：0898-66832593。联系人：鲁红66832588，陈保敏66832592。

2、药品生产企业限报4人，药品批发零售企业限报1人。