附件1：

**生物医药领域高端人才能力建设高级研修班报名回执**

单位名称：（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 职 务 |  | | 职 称 |  | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮 编 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 固定电话 |  | | 手 机 |  | |
| 传 真 |  | | | | |
| 备 注 |  | | | | |