附件：

医疗器械行业创新发展总裁研修班报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 职务\职称 |  | 身份证号码 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | E-mail |  |
| 电 话 |  | 手 机 |  |
| 传 真 |  |
| 备 注 |  |

注：报名表复印有效