附件

临床研究科研助理能力提升培训班报名回执表

举办时间：2024年12月6日（周五）

单位名称(发票抬头)：

发票纳税人识别号：

单位联系人： 手机电话： 邮箱：

通讯地址：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 科室（专业） | 身份证号 | 手机号 | 所属项目  负责人姓名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



QR 代码

描述已自动生成

报名二维码 缴费二维码