2014年南京分院课题组长培训班参会回执

单位： 联系人： 电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **职称/职务** | **研究领域** | **电话** | **Email** | **是否住宿**  （请在住宿日期后标明√） |
|  |  |  |  |  |  | 19( ) 20( ) 21( ) |
|  |  |  |  |  |  | 19( ) 20( ) 21( ) |
|  |  |  |  |  |  | 19( ) 20( ) 21( ) |
|  |  |  |  |  |  | 19( ) 20( ) 21( ) |
|  |  |  |  |  |  | 19( ) 20( ) 21( ) |

请于**7月31日**前填写完报名回执并发送到苏州医工所人事教育处

联系人：曹钰华

电话：051269588023

Email：caoyh@sibet.ac.cn