附件：

2019年医院药学高峰（淄博）论坛

暨临床药师培训基地建设提高研讨班参会回执表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **工作单位** | **职称/职务** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 | 需要学分者，报到时请务必规范填写本人身份证号码。 | | | |