

## 附件 2：“CPHI 医保商会药辅分会药用辅料沙龙”报名回执表

企业名称					邮 编		
通讯地址							
联系人			部 门			职 称	
手 机			电 话			传 真	
参会代表 登记	姓 名	性 别	职 务 / 职 称	手 机	电 子 邮 箱		
需了解的问题： 1. 2.							
备注： 1、请准确填写上表各项信息，以便会务组准备座位，发送可以公开的 PPT，及准备代表证等相关会议资料； 2、本次专题交流会为公益性质，为保证交流效果，每家企业参会代表限定 3 人； 3、请在收到本表的 3 个工作日内完成回传，以免错失本次交流机会； 4、*项目为必填项。							
联系人： 曹厚英 手机/微信：13520848599 电子邮箱：gxp@kcode-bj.com 石天放 手机/微信：15737832566 电子邮箱：xyb@cccmlpie.org.cn 请填写回执的企业电话或者微信告知一下，谢谢！							