附件1.参会回执

|  |
| --- |
| 合肥市生物医药重点产业链人才公益培训参会回执 |
| 企业名称（盖章） |  |
| 企业简介 |  |
| 参训人员信息 |
|  | 姓名 | 职务 | 电话 | 身份证号 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：参会回执请盖章扫描发送至40220533@qq.com，或培训当天现场提交给工作人员。