附件1

全国病原微生物实验室管理培训班回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位 |  |
| 姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 联系电话 |  | 传真 |  |
| 联系地址 |  |
| 邮 编 |  | 电子邮箱 |  |