附件：

**关于医院中药制剂开发和调剂研讨会参会回执表**

**（红色内容请认真阅读填写，谢谢配合！）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联系人 |  |
| 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | 手机 | E-mail | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **会议时间：2020年12月12日 8:30—17:50****会议地址：郑州市商城酒店（郑州市金水区金水路125号，未来路与金水路向西100米）地铁1号线燕庄站（B1口）即到）** 温馨提示：需住宿的报“河南省医药质量管理协会”（费用自理）房间预订：单间□ 标间□否□**是否需要学分：是□ 否□ （在方格打钩或在相应后面写“是”或“否”）** |
| **联系人: 林 锋13015505078 武 彬18695865556** **康天红18638921360 郭露露15517561002****固话：0371-53309594 邮 箱：hnyyzlxh@126.com** |
| **为更好服务各医疗机构，请根据需要填写，以便我们更好提供专业精准服务：****（在方格打钩或在相应后面写“是”或“否”）****制剂室是否需要新改扩建：新建□ 改扩建□ 否□** **中药制剂开发是否需要协助：是□ 否□** **中药制剂备案是否需要协助：是□ 否□** **中药制剂代加工是否需要协助：是□ 否□** **制剂室能否承接代加工：否□ 是□ 现有剂型生产线：**  |