|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |

附件

2021年医疗器械唯一标识工作培训回执

企业/单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 企业/单位 | 联系电话 | 是否用餐12日中午仅生产企业填写 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

请于2021年09月29日前将回执发邮箱1255614543@qq.com；每家生产企业安排负责具体工作的2人参加；请各企业/单位安排人员统一报送回执。

信息公开选项：主动公开

四川省药品监督管理局办公室2021年9月27日印发