医疗科技安全实验室

候选单位确认回执表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 单位性质 | |  | | |
| 通信地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 负责人 |  | 性别 |  | | 电话 |  |
| 联系人 |  | 手机 |  | | E-mail |  |
| 单位简介 |  | | | | | |
| 单位声明：  1、我单位自愿加入医疗科技安全实验室，并申请作为该实验室的成员单位。  2、此表所填内容真实。  3、我单位承诺履行成员单位的责任，积极推动医疗科技安全实验室的各项工作。  单位名称（公章）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  日 期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |

注：

1. 请在单位声明部分，单位名称处加盖单位公章。
2. 此表填妥后请将盖章扫描件发电子邮件至：Healthinfo@caict.ac.cn

联系人：孙丽洁 电话：18611066845