**报名回执表**

**会议名称**：杭州东湖高新“智慧服务”系列活动之**新政下医疗器械质量管理体系建立及核查应对策略研会议时间**：2016 年 06 月 03 日（周五）下午 13:30-16:30

**会议地点**：浙江省生物医药孵化器四楼会议室（杭州市余杭区新颜路 22 号）

|  |
| --- |
| **第一部分：参会企业及参会代表信息（Part I. Company and Delegates）** |
| 公司（Company） |  |
| 地址（Address） |  |
| 联系人(Contact Person) |  |
| 邮箱（Email） |  |
| 电话（Tel） |  |
| 参会代表（Delegates） | 姓名（Name） | 性别（Gender） | 职务(Title) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **第二部分：问题和建议(Part II. Questions & Comments)** |
| 1. 通过什么渠道了解到本次会议信息？2. 对于杭州东湖高新推出的“智慧服务”系列活动希望增加什么主题？3. 其它建议及意见？ |
| **联系方式（Contact info.）**联系人(Contact Person): 张九江 电话(Tel): +86 571 8720 6527邮箱 (Email): zjj@cirs-group.com 传真(Fax): +86 571 8720 6533 |