**附件:**

**药品微生物限度及无菌检查学习班回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位名称 | 通信地址 | 邮编 | 电话、手机 | 邮箱 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 您对本次学习班的建议（内容、希望解决的问题）： |

注：请11月15日前将回执报给我所刘媚媚0771-5827258、5827908（传真）、13878136121、3425028714@qq.com（邮箱）、地址：南宁市青湖路9号 广西食品药品检验所 业务科 邮编：530021