附件

布鲁氏菌病诊断技术培训班报名回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单 位 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | 微信号 |  |
| 拟参加人数 |  | 邮编 |  |
| 联系地址 |  | | |
| 备 注 |  | | |

注：请于11月10日前将报名回执发送至电子邮箱：zjsbbpxb@163.com