**附件1**

**“医药商品购销员”报名回执**

单位名称： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 开票单位名称纳税识别号 |  | | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | |
| 人员信息 | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | | 联系电话 | | 备注 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |

注：请于11月10日前发至指定邮箱189401407@qq.com。