保健食品相关法规培训会参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮 编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 姓 名 | 职 务 | 联系方式（电话/传真/手机） | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

请填写回执并于2016年8月20日前**以Word文件**回传至邮箱，邮箱：bjsp413@163.com

**主办单位将另行正式通知参会企业报名成功并确认参会人员信息。**