附件2

AI+BT赋能药品制造数字化产业人才培养

高级研修项目报名回执

单位名称（盖章） 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 职称 |  | 职称层级 |  | 最高学历 |  |
| 工作单位 |  | | 职务 |  | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮编 |  | | E-mail |  | |
| 电话 |  | | 手机 |  | |
| 个人简况（含所学专业和从事工作） |  | | | | |
| 备注 |  | | | | |

注：请于2025年7月18日前将报名回执发送到邮箱yyzd62524558@126.com