**附件：**

**生物医药技术创新与知识产权保护培训班**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 电话 |  |
| 所在部门及职务 | | |  | | 手机 |  |
| 从事知识产权或其他相关工作经历 | |  | | | | |
| 是否需要安排住宿（**限外地学员**） | | □是 □否 | | | | |
| 近14日是否前往（或途径）重点地区，是否与新冠病例、疑似患者、疫区人员接触 | | □是 □否  如有，请列出所在/途径地区、接触人群 | | | | |
| 备注 | | 经邮件确认后，请按时间节点按时报到，如无故取消，将记入参训人员黑名单，不得参加以后培训活动。 | | | | |