

附件 2：2024 年临床基因扩增检验实验室规范化培训班报名回执

机构名称		科室			
是否通过北京市 PCR 实验室备案和生物安全二级实验室备案			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
是否可以在本机构普通 PCR 实验室进行实验操作考核			是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>		
姓名		身份证号		性别	
职称		专业		学历	
电子邮箱		手机			
实验室工作经历（年）					
注：本期培训班实验操作项目为 HBVDNA 定量检测，请实验室自行提前准备相关检测试剂。					

注意事项：

1. 请填写回执并将盖章扫描件（Word 版回执）发至邮箱（bjpcr2018@163.com），邮件主题请注明姓名和单位。
2. 单位公章或医务处盖章均可。

科主任签字：

单位公章：