

مشخصات شرکت کنندگان در دوره آموزشی
آشنایی با نحوه تهیه CTD محصول نهایی و آخرین تغییرات آن

به: سندیکای صاحبان صنایع داروهای انسانی

از: شرکت _____

با حضور همکار/همکاران معرفی شده به شرح جدول ذیل، موافقت به عمل می‌آید. مهر و امضاء مدیرعامل

نفر دوم	
نام و نام خانوادگی	
سمت	
کد ملی	
شماره موبایل	
ایمیل	

نفر اول	
نام و نام خانوادگی	
سمت	
کد ملی	
شماره موبایل	
ایمیل	

تکمیل موارد زیر الزامی است ↓↓

نام و نام خانوادگی مسئول / کارشناس آموزش:

شماره تماس:

لطفا پس از تعیین همکار محترم جهت حضور در دوره، از ایشان خواسته شود، سوالات و ابهامات خود در مورد CTD را در فایل سوالات، ذکر و سپس آن را ارسال نمایید. (تکمیل فایل ضروری است)