**附件：**

**“医疗设备计量技术规范检定/校准技术培训班”**

**报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称**（证书用） | |  | | | | |
| **通讯地址**  （邮寄发票使用） | |  | | | | |
| **参 训 人 员** | **姓名** | **性别** | **身份证号（证书用）** | **职务/职称** | **手 机** | **备注** |
|  |  |  |  |  | **邮寄收件人** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **发票信息** | | **□ 每人一张 □ 多人合开一张** | | | | |
| **发票类型** | | **□ 增值税普通发票 □ 增值税专用发票** | | | | |
| **发票抬头** | |  | | | | |
| **纳税人识别号** | |  | | | | |
| **注册地址**  （专票填写） | |  | | | | |
| **注册电话**  （专票填写） | |  | | | | |
| **开户行名称及账号**（专票填写） | |  | | | | |
| **【您希望我们组织培训的其他**  **医学相关项目】** | |  | | | | |

备注：请参加人员详细填写报名回执（见附件）中的各项信息，并于**11月18日前**回复至邮箱zhangna@nim.ac.cn 或 微信18510740725。