**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。