附件：

**“医疗设备（含眼科光学仪器）计量技术培训班”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** | **报考项目编号（最多6项）** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **邮寄****收件人** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **培训费付款方式** | **□ 汇款 □ 现场刷卡** |
| **住宿信息** | **□ 单间 □ 合住** |
| **入住日期** |  **月 日** | **离开日期** |  **月 日** |
| **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） |  |

**备注：请参加人员详细填写报名回执中的各项信息，报考项目编号见通知正文“二、培训内容及师资”，于10月25日前回复至邮箱zhangna@nim.ac.cn 或 微信18510740725。酒店预留房间以10月25日前收到的报名回执为准。**