附件：

 **检验检测机构技术负责人/质量负责人/授权签字人能力提升培训班报名回执（4月）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 快递地址 |  | 邮箱 |  |
| 经办人姓名 |  | 手机 |  | 电话 |  |
| **发票说明** | 仅提供增值税普通发票 | **纳税人识别码** |  |
| **开票单位名称** |  |
| **单位注册地址及电话** |  |
| **开户行及账号** |  |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 手 机 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

联系人：庄海健 18976654321 电话：65353997； 邮箱8713320@qq.com