附件2

培训回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人\* |  | 手机\* |  | 联系电话 |  |
| 单位\* |  | 传真\* |  |
| 通讯地址\* |  | 邮编 |  |
| 是否需要安排住宿 | □是 □否；需协助安排\_\_\_日至\_\_\_日住宿，共\_\_\_间标准房，\_\_\_间大床房 | 缴费方式 | □现金□刷卡□汇款 |
| 发票类型\* | □增值税普通发票 □增值税专用发票 |
| 增值税专用发票信息**（开专票必填）** | 开票单位名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 地址及电话 |  |
| 开户行及帐号 |  |
| 参会人姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机号码\* | E-mail地址\* | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 涉及专业\* | □药品经营与管理 □药品服务与管理 □药品质量与安全□精密医疗器械技术 □医疗设备应用技术 □医疗器械经营与管理□医疗器械维护与管理 □化妆品经营与管理 □食品营养与卫生 |
| 您对本次培训的建议及问题 |  |

**注**：1．本表可自行复制，请于2019年9月30日下班前发送至1695264085@qq.com。

2．开具增值税普通发票或增值税专用发票请咨询单位财务。

3．饮食有特殊要求，请在备注栏中标明。