医疗器械流通质量管理培训班报名回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人\* |  | 手机\* |  | 联系电话 |  |
| 单位\* |  | 传真\* |  |
| 通讯地址\* |  | 邮编 |  |
| 是否住宿 | □否； □单住； □拼住。需协助安排\_\_\_日至\_\_\_日住宿，共\_\_\_间 |
| 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 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机号码\* | E-mail地址\*  |
|  |  |  |  |  |
| 您对本培训的建议 |  |

注：1．\*为必填项。本表可复制。请各单位将完成的报名回执发至shanghuipeixun@163.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．不需要开增值税专用发票的单位，“开票单位名称”、“纳税人识别号”两项必填。