附件

2025年化学检验员职业技能竞赛培训班回执

**单位名称**（盖章）**：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **职 务** | **办公电话** | **手 机** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 发票抬头 |  |
| 纳税人编码 |  |
| 接收电子发票电子邮箱 |  |

**预留房数：**标单： 间,标双： 间,入住天数： 天（不住注明“0”天）

　　请务必填写预留房间数，信息如有变动，请及早告知会务组（电话020-87159338、87159116）。

填报人： 联系电话：