附件：

报名回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | |
| 联系人姓名 | |  | 联系人手机 | |  |
| 开具发票的要求 | | | □增值税发票 □普通发票 | | |
| 名称 |  | | 纳税人识别号 |  | |
| 地址 |  | | 开户银行 |  | |
| 电话 |  | | 银行账号 |  | |
| 培训人员  共 人 | | 培训人员姓名： | | | |
| 预定住宿 （费用报名时直接交酒店） | | 标准间 间 单间 间 | | | |

请务必于9月10日前，将此回执发传真或邮件至山东省质量评价协会。

联系人：张鑫 0531-82703383 18678291375

电子邮箱：xsjypxb@126.com