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