**附件：**

**关于组织开展国家市场监督管理总局认证认可技术研究中心“ 标准化管理员/师”**

**人员能力验证培训班回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 联系人 |  | | 电话 |  | E-mail |  |
| 姓名 | 性别 | 职务 | | 联系电话（手机） | 身份证号码 | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |
| 费用总额 | 万 仟 佰 拾 元整 小写（ ） | | | | | |
| 酒店住宿 | □是 （ □合住 □单住 ） □否 | | | | | |
| 参会地点 | □海口 □苏州 □网课 | | | | | |
| 缴费方式 | □汇款缴费 | | | | | |
| 培训费发票付款单位（即：发票抬头）名称：（请务必准确填写） | | | | | | |
| 注：参加本次会议的主要目的： | | | | | | |

联系人：林霖0898-68520618 此表加盖公章，复印有效。