**附件：《医务人员科研素养提升培训班》报名回执表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | 职务（职称） |  | |
| 姓名 |  | 性别 |  | |
| 电话 |  | 微信号 |  | |
| 开票信息 | 开票类型 | 增值税普通发票 | | 增值税专用发票 |
| 名称 |  | | |
| 纳税人识别号 |  | | |
| 地址 |  | | |
| 电话 |  | | |
| 开户行 |  | | |
| 账号 |  | | |

（备注：请在3月12日前将报名回执表和汇款凭证截图发送到邮箱zgydpxb@126.com）