附件1

参会回执

填写日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | 传 真 | |  |
| 发票抬头 |  | | | | | 纳税人识别号 | |  |
| 参加期数 |  | | | 研修地点 | |  | | |
| 联系人 |  | | 部 门 |  | | 职务/职称 |  | |
| 电 话 |  | | 手 机 |  | | 邮 箱 |  | |
| 地址 |  | | | | | | | |
| 参加培训人员 | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性 别 | 部 门 | | | 职务/职称 | 手 机 | | 邮 箱 |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | | |  |  | |  |
| 食 宿 | 单人间（ ）间 双人间（ ）间 清真餐（ ）人 | | | | | | | |
| 备注 | | | | | | | | |

注：1.请务必准确填写发票抬头及纳税人识别号，以便据之开具发票。

2.请参会人员以学校为单位填写参会回执，并于7月15日前发至邮箱：innovationcourses@hotmail.com。