采供血行业实验室生物安全管理能力培训班参会回执

单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 科 室 | 职务/职称 | 手 机 | 住 宿  （238元/间/天） | 房间  数量 | 备注 |
|  |  |  |  |  | 合住□ 单住□ |  |  |
|  |  |  |  |  | 合住□ 单住□ |  |
|  |  |  |  |  | 合住□ 单住□ |  |
|  |  |  |  |  | 合住□ 单住□ |  |
| 开票信息（请务必填写正确本单位开票信息，如有变更，请联系会务发票咨询人：燕红）  单位全称： 纳税人识别号： | | | | | | | |

**联系人： 联系电话： 发票接收邮箱：**

**备注：1.请意向单位将回执表于2023年8月25日前发至邮箱:chongqingssxxh@163.com。**

**房间默认预留9月25日、26日晚，如有其他入住需求，请在备注栏说明并联系会务组。**