**** 云 南 省 质 量 管 理 学 会

## 附件: 《检验检测机构/实验室关键岗位、质量负责人、技术负责人及授权签字人能力提升》培训报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | E-mail |  |
| 培训地点 | 昆明职工之家酒店4楼2号会议室（昆明市西山区书林街139号 ） |
| 培训类型 | 线下 | 培训时间 | 2024年3月19日-20日 |
| 姓名 | 民族 | 性别 | 身份证号 | 学历 | 职称/职务 | 手机 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 是否住宿 | □是 （□单住（\_\_间） □合住（\_\_间） 入住时间： 月 日 时 ） □否 |
| 缴费方式 | □转账 □现金 □刷卡 □扫码支付（微信/支付宝） |
| 1.□增值税普通发票（□全部开票信息 □开发票抬头、纳税人识别号） 2.□增值税专用发票（全部开票信息）名称(发票抬头)： 纳税人识别号： 地 址、电 话： 开户行及账号： **注：以上二种开票情况只能选择一种，请和财务确认相关开票信息。** |

请将报名回执单盖章后，采用电子邮件回复学会。电子邮箱：yniqm2016@126.com

联系方式：18787489224（杨）、18213502358（胡）、0871-67165430

质量管理学会QQ工作群：450331884