附件1

**参训人员回执**

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 联系电话： |  |
| 开票单位名称纳税识别号 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号码 | 职务 | 联系电话 | 单住/双住 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

请于2023年9月11日17:00前将参训人员回执发送到指定邮箱（ynwsrckfb@163.com）。

附件2

**电子发票二维码**



开票注意事项：

1.注意填写真实完整的电话号码、邮箱号（发票推送短信、邮箱）。

2.认真核对自己单位的开票信息（单位全称、纳税人识别号）。

3.如发票需开具银行账号、单位地址请自行填写完整。