**2020年第一阶段检测人员培训计划回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 发票上单位名称 | 同上□ 否□ 名称是： |
| 纳税人识别号 |  | 联系人姓名 |  |
| 通讯地址 |  | 联系人手机 |  |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号码（证书用） | 手 机 | 电子邮箱 | 参加培训**班次**选择（可复选） |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |
|  |  |  |  |  | □1 □2 □3 □4 □5  |