附件2

第十期压力管道设计审批人员第一次换证培训考核班

回 执 表

|  |
| --- |
| 单位名称: 地 址： 邮编：  |
| 联系人姓名： 手机： 单位电话：  |
| **序号** | **姓 名** | **性别** | **职务（职称）** | **手机** | **住宿要求** |
| **单住** | **合住** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 　 | 　 | 　　 |  |  |  |  |

**注：请在住宿要求栏内打“√”。**

|  |
| --- |
| 培训费发票信息： |

**注：培训费用开具增值税普通发票。发票必填项为单位名称以及纳税人识别号，如有其他特殊要求，须提供准确、详细的开票信息，且保证此信息与本次培训费实际汇款账号、开户行信息一致，发票一经开具，恕不退换。**