附件：

|  |  |
| --- | --- |
| 课程名称 | 《质量管理小组活动中级推进者》培训班 |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 联系地址 |  |
| 联 系 人 |  | 职务 |  | 联系方式 |  |
| 学员姓名 | 性别 | 职务 | 手机 | 身份证号（证书用） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 培训费 | **培训费：**□**会员企业1080元/人，**□**非会员企业1280元/人（含授课费、培训期间教材、午餐、证书等费用）。同一家企业报名满6人，可免1人费用。** |
| 住宿费 | **住宿：□不住 □大床房 □标准间（合住）** **标间/大床房170元/间/天 合住85元/间/天（住宿费用自理，入住时由酒店收取）** |
| 费用缴纳 | **ea4ea3e87dea39573a7ebd6ed96700f** 请在开班前一周将培训费用汇款至协会账户，或个人扫描二维码缴费（支持支付宝、微信等方式）。对公汇款账户：户 名：合肥市质量和技术创新协会 开户行：合肥市交通银行宁国南路支行账 号： 341328000018010073880 |
| 发票开具 | **请务必与本单位财务部门确认以下信息：*** **发票类型：□专用发票 □普通发票**
* **如开专用发票，需准确提供以下信息，以避免出错，影响您报销**。

单位名称： 纳税人识别号： 地址、电话： 开户行、账号： 开票内容：□培训费 □会务费 |
| 其它说明 | 参加人员对本课程内容了解程度：□ 较熟悉 □ 一般 □ 有过初步了解 □ 第一次接触希望通过此次培训实现的目标： |
| 备 注 | 1.发票内容、住宿意向请务必填写，在相应栏划“√”2.请务必在**4月2日下午17:00**前，将填写的回执表发送至**lidongna@hfzx.org.cn**   |