附件：

“卫生健康行业内部审计实务”培训班

报名表

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位及职务 | | 联系电话 | 联系邮箱 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 通过何渠道了解本次培训报名信息： | | | | |
| 协会官网、公众号 **（ ）** | | 协会微信群 **（ ）** | | |
| 协会邮寄纸质通知 **（ ）** | | 市、区审计局通知 **（ ）** | | |
| 上级单位通知 **（ ）** | | 同事朋友转发及其他 **（ ）** | | |

报名联系人姓名： 联系电话： 联系邮箱：

请选择并填写培训费发票信息：

|  |
| --- |
| \*选择开具增值税普通发票（ ） \*选择开具增值税专用发票（ ）  1、发票抬头：  2、纳税人识别号：  3、接收发票邮箱：  备注：培训费发票均为电子发票。 |