附件2

第一届国际医院评审认证内审员培训报名回执表

|  |
| --- |
| **单位名称（请填写全称）**： |
| 单位通讯地址 |  | 单位邮编 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **参会人员清单** |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 职务 | 手机号码 | 电子邮箱 | 是否就餐 |
| 1 |  |  |  |  |  | □否□22日午餐 □22日晚餐□23日午餐 |
| 2 |  |  |  |  |  |
| **发票信息** | □增值税电子普通发票（需提供单位名称、税号） | □增值税专用发票（需提供单位名称、税号、地址、电话、开户银行及账号） |
| 单位名称： | 单位名称： |
| 单位税号： | 单位税号： |
| 单位地址（非必填）： | 电话（非必填）： | 单位地址： | 电话： |
| 单位开户银行（非必填）： | 账号（非必填）： | 单位开户银行： | 账号： |
| 对培训的建议和需求： |

注：1.汇款缴费请在汇款单上注明“单位+姓名+内审员”；若以单位形式集体报名，需注明“单位+人数+内审员”；

2.请务必于报名截止日期前将此表发邮箱：szharc@hku-szh.org 联系人：李老师 13048853773；

3.发票信息务必与付款单位相关财务信息保持一致，发票已经开出后不便退换。