附件：

**参 会 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  **（加盖公章）** |
| 通讯地址 |  |
| 代表姓名 | 职务 | 手机号码 |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 参培单位发票开票信息 |
| 单位名称 |  | 纳税人识别号 |  |

注：请将回执发送至邮箱hnhbcy@126.com