附件1：

**全国药品流通创新服务示范企业案例高级研修班报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联系地址 |  | 邮 编 |  |
| 报名学员基本信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 年 龄 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  | 任职年限 |  |
| 电 话 |  | 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  | 传 真 |  |
| 工作经历 |
| 教育背景 |
| 课程需求 |  |
| 住宿要求 | □合住双标间 □单间入住时间： 年 月 日 离店时间： 年 月 日如无标注，默认入住时间为2017年 4月 17日-19 日（共 3 晚） |
| 发票信息 | 需开具增值税专用发票 □是 □否 |
| **请详细填写增值税发票信息：****如此处空白，默认开具增值税普通发票**。请务必在此详细填写专票信息，以便协会及时准确开具所需发票。 |

注：1、请填写学员本人电子邮箱，以便接收培训相关资料。

2、报到及培训期间，注意身体健康及财务安全，切勿轻信以学员名义相约交流和打牌等活动。

3、请将汇款凭证发送至978045233@qq.com，以便协会及时开具发票。

4、培训开始前一周内，将发送培训确认函，请接到确认函后再行预定飞机或火车票。