附件

**土壤、植物病虫害检测人员培训班报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 办公地址 |  |
| 联系人姓名 |  | 手机 |  |
| 培训年月 | 2025年 月 |
| 姓名 | 性别 | 学历 | 手机号 | 身份证号 | 从事该工作年限 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **发票类型** | 普票（ ） 专票（ ） |
| **开票单位名称** |  |
| **纳税人识别号** |  |
| **单位注册地址****及电话** |  |
| **开户行及账号** |  |
| **邮箱（用于接收发票）** |  |

**备注：请确保以上信息的真实性，如有虚报，后果由填报单位承担。**