附件.

**报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训名称 | 第十期全国高等学校国际贸易专业实践教学骨干教师研修班 |
| 单位名称 |  |
| 地址 |  |
| 邮编 |  |
| **发票信息（默认开普通发票，内容为培训费）** |
| 发票抬头 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 发票金额（元） |  |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：回执请于2025年4月1日前发邮件至sdgmao@163.com