附件

2024年藻类监测预警与应对处理

培训班回执

**单位名称**（盖章）**：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **职 务** | **办公电话** | **手 机** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 发票抬头 | |  | |
| 纳税人编码 | |  | |
| 接收电子发票电子邮箱 | |  | |

**预留房数：**标单： 间,标双： 间,入住天数： 天（不住注明“0”天）

　　请务必填写预留房间数，信息如有变动，请及早告知会务组（电话13925102144、020-87159121）。

填报人： 联系电话：