**附件1**

**保健食品备案培训会参会回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓  名 | 性别 | 职务/职称 | 联系电话 | 是否需要预定住宿及要求 |
|  |  |  |  | 是□ 单间□ 标间合住□ |
|  |  |  |  | 是□ 单间□ 标间合住□ |
|  |  |  |  | 是□ 单间□ 标间合住□ |
| **请您在回传此表后5个工作日内办理付款（8月20日之前）** |
| **增值税普通发票需提供以下信息** 公司名称：统一信用代码： |