附件1：吸干机设计能力提升研修班

**报名回执**

 **（复印有效）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 工作单位 |  |
| 通信地址 |  |
| 预订住宿房间 | 单间 间 | 从 日到 日 共 晚 |
| 标间 间 | 从 日到 日 共 晚 |
| 开票信息(培训费） |  |
| 联系方式：电话：邮箱： |

请于2023年12月7日前回执。