附件：

质量检验员培训报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 详细地址 | |  | | | 邮编 |  |
| 联系人 | |  | | | 电话 |  |
| 序号 | 姓名 | | 身份证号 | 办公电话及手机 | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |
|  |  | |  |  | | |

备注：请将参与培训人员及单位联系人填写完整后将回执回传给我司联系电话：051233002112，0512-33002107，传真：53356917，邮箱：peixun＠tcrcsc.com

**付款账号：**

单位名称：苏州市质量技术监督综合检验检测中心  
纳税人识别号：123205004669491627  
地址电话：苏州市吴中区吴中大道1368号B楼65251803  
开户行及账号：工行苏州道前支行1102020209000863612

（此次培训费用为开班前统一通知收取，收费方式接受现金或对公转账）