附件1

锦江区2024年下半年抗菌药物规范化使用培训报名表

医疗机构名称： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职称 | 身份证号 | 联系电话 | 有无培训证 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

附件2

发票开具信息一览表

此次培训是否需要开具发票？ □是 □否

如是，请填写以下信息：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **开票名称** | **纳税人识别号** | **开票金额（元）** | **电子票收件邮箱** |
|  |  |  |  |