附件：

**2025年贵州省第三届成瘾医学非药物干预培训班回执**

**单位： 纳税人识别号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 民族 | 职称 | 职务 | 学历 | 学位 | 单位名称 | 通讯地址 | 联系电话 | 是否要学分证 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*需要发票者请务必提供单位名称及单位纳税人识别号

请于2025年9月11日之前将回执电子版发至444863613@qq.com