附件3

恶臭标准暨嗅觉测试人员培训报名**（请以word格式发到邮箱）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | E-mai |  |
| 学员姓名 | 年龄 | 性别 | 电话 | 职位 | 身份证号码 （为避免重名请务必填 写此项） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 发 票 信 息 | 1. 单位名称：
2. 统一社会信用代码（纳税人编号）：
 |
| 对本次培训内容的其他需求或建议： |

注：发票统一开具增值税普通发票。