**附件1：“基于数字化口腔扫描的健康管理培训班”回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **发票抬头** |  |
| **纳税人识别号** |  |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **职务** | **职称** | **学历** | **手机号** | **E-mail** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**（回执中提供的电子邮箱务必是个人常用邮箱）**