**附件1：**

**麻醉药品和第一类精神药品处方（调剂）资格**

**培训报名表**

医疗机构名称： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **工作单位** | **姓 名** | **性别** | **联系方式** | **职称** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

**附件2：**

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** |
|  |  |  |