**附件一：** 2024年芳香疗法职业技能等级证书院校师资与考评员培训报名缴费回执单

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称：** | |  | | | **参与人数：** |  | **培训地点：** | 北京 |
| **参 加 培 训 人 员 信 息** | | | | | | | | |
| **姓名** | **性别** | **院/系** | **职务** | **联系电话** | **身份证号码** | **是否申请《芳香疗法中医药专项技术能力证书》** | **是否申请加入“世界中医药学会联合会植物精油疗法专业委员会”** | **是否申请加入“中国民族医药学会芳香医药分会”** |
|  |  |  |  |  |  | □ 是 □ 否 | □是 □否 | □是 □否 |
|  |  |  |  |  |  | □ 是 □ 否 | □是 □否 | □是 □否 |
|  |  |  |  |  |  | □ 是 □ 否 | □是 □否 | □是 □否 |
| **缴费需知：**  参加整体师资与考评员课程培训费用为：线下3960元/人/期  银行转账汇款账号如下：  账户名称：北京易芳堂科技发展有限公司  开户银行：北京银行丰台支行  账号： 20000031753000010452277 | | | | | | | | |
| **培训费开票信息：**  账户名称：（单位抬头）： 纳税人识别号：  开户银行（具体到支行）： 开户行账号：  地址： 电话：  发票类型：普票 | | | | | | | | |

**备注：1.请参培人员准备电子版蓝底1寸证件照，用于证书制作使用。**

2.请根据报名人员情况如实填写参与人员回执，如人数较多可自行添加行数。

3.以上表格及电子版照片准备完成后请于培训报名截止时间前，[发送至szlzs2018@126.com或添加微信18610690707](mailto:发送至szlzs2018@126.com或添加微信18610690707)发送至微信工作人员。