**能力验证计划报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **实验室名称** |  |
| **实验室地址** |  |
| **联系人** |  | **E-mail** |  |
| **手机** |  | **实验室是否通过CNAS认可** | **□是 □否** |
| **申请项目编号及名称** |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **增值税发票信息** |
| **名 称** |  |
| **纳税人识别号** |  |
| **地址、电话** |  |
| **开户行及账号** |  |
| **实验室负责人签名：****年 月 日** | **实验室或其法人：（盖章）** **年** **月** **日** |
| **备注** |  |