附件

培 训 班 报 名 回 执

 □质量班 □环境班 □职业健康安全 □服务认证班 □信息安全 □知识产权

经研究，我单位选派下列同志参加学习（请加盖单位公章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 单位名称 |  |
| 电 话 |  | 手 机 |  |
| 邮箱 |  |  |  |
| 开据发票信息 |  |
| 快递地址 |  |
| 姓 名（身份证号） | 性别 | 职 务 | 培训班类型/时间 | 是否食宿 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |