**附件**

**参训人员回执**

单位名称(盖章): 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 ： |  | 联系电话： |  |
| 开票单位名称 纳税识别号 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号码 | 职务 | 联系电话 | 单住/双 住 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |