参训报名表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称  （盖章） |  | |
| 单位主营业务 |  | |
| 通讯地址 |  | |
| 参训人员 | 职务 | 手机 |
|  |  |  |
| 填表人姓名及  联系方式 |  | |

说明：请于 7月 19日前将此表盖章扫描发送至协会秘书处邮箱ahrsayx@163.com，同时发送一份word电子文档。