附件2

**培训回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职务/职称 |  |
| 移动电话（请务必填写） |  | 电子邮件（请务必填写） |  |
| 身份证号（请务必填写） |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职务/职称 |  |
| 移动电话 （请务必填写） |  | 电子邮件（请务必填写） |  |
| 身份证号（请务必填写） |  |
| **备注：**每家培训人数不超过2人 |

联系人：王小姐 联系电话：18344140350

邮箱：wangting@sist.org.cn