**等保培训班报名回执**

***（请参加培训的人员详细填写报名表，通过电子邮件回复）***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 证书邮寄地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人邮箱 |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 学历 | 籍贯 | 身份证号码 | 部门 | 职务 | 手机号码 | 电子邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **备注：** |

注：新参训人员每人需交3张**大一寸**彩照。

**开 票 信 息**

|  |  |
| --- | --- |
| **开票信息** | **邮寄信息** |
| **单位名称** | **发票类型** | **纳税人识别号** | **地址** | **电话** | **开户行** | **账号** | **联系人** | **联系电话** | **邮寄地址** |
| 　 | 　　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 备注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |