附 件：

**技术市场管理与技术转移机构能力建设培训班**

**报名回执表**

经研究，我单位选派下列同志参加会议：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 详细地址 |  | | | | 邮政  编码 |  |
| 联 系 人 |  | | 电话  (包括区号) |  | 传真 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | 单位名称和部门 | | 手机、  电子邮箱 | 参加  班次 |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |
| 住 宿 要 求 | | □合住 □单住 个标间 | | | | |
| 单位统一社会信用代码（用于开具发票） | |  | | | | |

注：此表复制有效，请用正楷字认真填写，传真至：010—51528383或发送至zgjsscxh@126.com