附件：

**民办非营利养老机构财务管理能力提升专题培训班报名表**

经研究，我单位选派下列同志参加培训：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | （请加盖单位公章） | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 联系人 |  | | 办公电话 |  | | |
| E-mail |  | | 传真号码 |  | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 手机 | 身份证号 | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
|  |  |  |  |  | | |
| 住宿：单间□ 标间合住□；成都班370元/间/天， 厦门班380元/间/天 | | | | | | |
| 参会地点：**成都班** 线上□ 线下□ ；**厦门班** 线上□ 线下□ | | | | | | |
| 发票抬头：  纳税人识别号： | | | | | | |

注：参会人员姓名、性别、手机、身份证号码为必填，以办理证书使用。

联系人：贺老师 13269588018（同微信）

传真/电话：010-89372988 010-88181871（中总协培训部）