附件2：

**卫健系统财务管理人员综合能力提升专题培训班**

**报名表**

单位（盖章）： 时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| E-mail |  | 传真 |  |
| 参会人员姓名 | 性别 | 身份证号 | 职务 | 手机 | 邮箱 | 时间及地点 | 住宿标准(打勾) |
|  |  |  |  |  |  |  | 单住□合住□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 单住□合住□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 单住□合住□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 单住□合住□ |
|  |  |  |  |  |  |  | 单住□合住□ |
| 电汇金额 | 万 仟 佰 拾 元 | 电汇日期 |  |
| 开 户 行 | 中国工商银行北京远洋风景支行 | 账 号 | 0200214309200138401 |
| 开户名称 | 北京正远时代教育科技有限公司 |
| 期望与专家交流的问题 |  |

**注：** (1) 本报名表可传真到010-68980802、68980801；或发送电子邮件至：cacfo@139.com

（2）表中“合住”为2人合住

（3）本报名表可复制 会务联系人：培训部