附件2

**培训人员回执表**

报名单位（盖章）：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联系地址 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  |
| E-mail:E-mail |
| 参会日期（请勾选1天） | □ 3月29日 吴中区、姑苏区、吴江区相关企事业单位，在苏高校、科研院所、卫生系统、市直属单位 |
| □ 3月30日 张家港、太仓、昆山、常熟 |
| 姓名 | 学历 | 职务/职称 | 联系电话/手机 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 联系人: 苏州市生产力促进中心 蒋春红 陈蓉蓉联系电话：65229987 65153252 E-mail:suzhouscl@163.com 备注：①此表复制有效，请用正楷填写此表，可直接传真回执或Email。 ②参加日期：2天培训内容一样，请根据自己单位所在区域选择1天。 |