附件2

报名回执

单位名称（盖章）： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职务 |  | | 职称 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮编 |  | | 邮箱 |  | |
| 电话 |  | | 传真 |  | |
| 备注 |  | | | | |

※由于学习期间涉及到集体乘车参观活动，须为每位学员购买意外伤害保险，故身份证号码须准确填写。