**附件**

**残疾儿童疗育主题系列培训班报名回执**

发送至：gdard83865225@126.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **职务** | **工作单位** | **移动电话** | **参加期数** | **是否为会**  **员单位** | **是否有岗位培训证书** | **发票抬头**  **（不开发票不填）** | **纳税人识别号（个人发票不需填写）** |
|  |  |  |  |  | □第一期  □第二期  □第三期 | □是  □否 | □是  □否 |  |  |
|  |  |  |  |  | □第一期  □第二期  □第三期 | □是  □否 | □是  □否 |  |  |
|  |  |  |  |  | □第一期  □第二期  □第三期 | □是  □否 | □是  □否 |  |  |
|  |  |  |  |  | □第一期  □第二期  □第三期 | □是  □否 | □是  □否 |  |  |

填报人 ： 联系电话：