附件一

“老年人能力评估师”高技能人才培训班回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 开票名称 |  |
| 单位纳税识别号 |  |
| 参加培训人员信息 |
| 姓名 | 身份证号 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：请于9月20日前发至重庆市高新计算机信息技术培训考试技术服务中心邮箱：727486527@qq.com