全国保险公司人力资源管理和效能提升专题研修班报名回执

 （请加盖单位公章）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 参加人数 |  | 联系人及电话 |  |
| 参训人姓名 | 性别 | 职务 | 部门 |  | 手机号码 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 住宿要求（不填写视为不需住宿） |
| 9.20（报到日） |  单人间 ： 间 双人间： 间 |
| 9.21（培训日） |  单人间 ： 间 双人间： 间 |
| 9.22（培训日） |  单人间 ： 间 双人间： 间 |
| 您的其他要求： |
| 关于缴费和发票：已提前汇款到学会账户的学员可以现场领取发票，现场刷卡缴费的学员的发票将在培训结束后一周内邮寄，请知悉！ |

 此回执复印有效