**报名回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称： | 培训部负责人 |  | 电话 |  |
| 企业地址： | 行业 |  |
| 姓名 | 部门 | 职务 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：

1、请于9月6日中午12点前将报名回执发送至邮箱szqcpa@163.com或传真至83172955；

2、咨询电话：83172955、23914615、83283672