**附件：**

**培训研讨会报名反馈表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **公司名称：** | | | | |
| **公司地址：** | | | | |
|  | 姓名 | 职位 | 电话 | E-mail |
| **联系人** |  |  |  |  |
| **学员 1** |  |  |  |  |
| **学员 2** |  |  |  |  |

注：请务必于 09月 25 日前将报名反馈表传真或邮件至深圳市质量强市促进会，传真：83172955，邮箱：szqcpa@163.com