附件

全国养老院院长职业能力网络研修班报名表

|  |
| --- |
| **培训需求** |
| **单位名称** |  |
| **培训对象** |  | **培训人数** |  |
| **班级数量** |  | **开班时间** |  |
| **联系方式** |
| **联系人** |  | **部 门** |  |
| **职 务** |  | **电 话** |  |
| **手 机** |  | E-mail |  |
| **通讯地址** |  | **邮 编** |  |
| **发票抬头** |  | **纳税号** |  |
| **特殊要求** |  |
| **单位意见** |
|  |
| **备注：**请各参训单位认真填写回执表中联系人信息，发送报名表至电子邮件mzpxycjy@bcsa.edu.cn，报名表电子版可在<http://ycpx.bcsa.edu.cn/>相应通知公告中获得。 |