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](mailto:请各参训单位认真填写回执表并发送电子版原件及盖章扫描件至电子邮件mzpxycjy@bcsa.edu.cn，为培训)表电子版可在<http://ycpx.bcsa.edu.cn/>相应通知公告中获得。 | | | |