附件4

培训回执

单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 所在学科  （一级学科/  专业类别） | 手机号码 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

备注：

1.请于6月24日前发送Word版及盖章PDF扫描件至指定邮箱gxxwb2012@163.com。

2.“所在学科”请按照《研究生教育学科专业目录》填写。

填表人： 联系方式：