社会化检测机构人员技能培训预报名回执

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 预报名期次及地点 |  |
| 单位联系人 |  | 联系方式 |  |
| 预报名人员基本信息（每单位不超过20人） |
| 姓名 | 出生年月 | 身份证号 | 职务/职称 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |