**附件1**

**CISAW系列认证培训报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 部门及职务 |  |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 学历 | 信息安全工作年限 | 申请认证方向 | 申请认证方向工作年限 | 联系电话 | 电子邮箱 | 培训时间 |
|  |  |  |  |  | □安全运维 □安全集成 □安全服务 □应急服务 □软件安全 |  |  |  |  月 |
|  |  |  |  |  | □安全运维 □安全集成 □安全服务 □应急服务 □软件安全 |  |  |  |  月 |
| 发 票 信 息 | 1、发票抬头： 4、开户行名称：2、纳税人识别码： 5、账号：3、单位注册地址： 6、联系电话： |
| 报名联系人及联系方式 | 部门： 姓名： 电话： 邮箱： |

邮箱：ZTQX\_CISAW@163.com 电话： 010-68200128、68200127、18612568779、13911072637