附件

**算力网络架构专业人才培训班**

**报 名 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 部门及职务 |  |
| 通讯地址 |  |
| 姓 名 | 性别 | 手机 | 邮 箱 | 身份证号码 | 培训时间 |
|  |  |  |  |  | □5月 □7月 |
|  |  |  |  |  | □5月 □7月 |
|  |  |  |  |  | □5月 □7月 |
| 发票信息 | 1.发票抬头：2.纳税人识别码：3.单位注册地址：4.开户银行名称及银行账号：5.联系电话： |
| 报名联系人及联系方式 | 部门： 姓名： 电话： 邮箱： |

邮箱：ztqx2021@163.com 电话：010-68200127 王老师