附件

**CISP-DSG（注册数据安全治理专业人员）认证培训**

**报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 部门及职务 |  |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 联系电话 | 电子邮箱 | 培训时间 |
|  |  |  |  |  |  月 |
|  |  |  |  |  |  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： |
| 发票邮寄信息 | 收件人： 电话： 收件地址： |
| 报名联系人及联系方式 | 部门： 姓名： 电话： 邮箱： |

邮箱：ztqx\_cisp@163.com 电话： 010-68200127