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