附件2：

**代理记账机构负责人培训班**

**报名回执表**

经研究，我单位选派下列同志参加学习： （加盖单位公章）

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联 系 人 |  | 座机 |  | 职务 |  |
| 电子邮箱 |  |
| Q Q号 |  | 微信号 |  | 手机 |  |
| 企业规模 | 代理记账户数 |  | 上年末资产 |  |
| 是否有培训业务 |  | 主要咨询机构 |  |
| 参加人员 | 姓名 | 性别 | 职务 | 手机 | 微信号 | 住宿要求 |
|  |  |  |  |  | 合住□ |
|  |  |  |  |  | 合住□ |
| 通过本次培训班您想解决的问题 |  |

注：请填写报名回执表电邮至会务组邮箱：dljz@cacfo.com

联系人：李佳红 师军 申勤

联系电话：010-88191821