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