**培 训 回 执**

|  |
| --- |
| 单位名称： |
| 序号 | 姓名 | 手机号码 | 所从事专业工作 | 参加时间 |
| 1 |  |  |  | □5月 □6月 |
| 2 |  |  |  | □5月 □6月 |
| 3 |  |  |  | □5月 □6月 |
| 4 |  |  |  | □5月 □6月 |
| 5 |  |  |  | □5月 □6月 |

**注：培训回执请发送至邮箱 yljnrcyf@163.com。**