附件

**企业数智化转型升级及其应用实践高级研修班报名回执**

单位名称（盖章）： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 邮 编 |  | 电子信箱 |  |
| 办公电话 |  | 手 机 |  |
| 传 真 |  |
| 微 信 号 |  |
| 备 注 |  |