附件2

“老年人能力评估师”高技能人才培训班回执

单位名称： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 联系电话： |  |
| 开票单位名称纳税识别号 |  |
| 电子邮箱： |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.请于3月8日前发至重庆市卫生健康委员会国家职业技能鉴定所会务组。

 2.联系邮箱：66351300@qq.com。