全省广播电视统计工作培训参训人员报名回执表

市州： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 姓 名 | 部 门 | 职 务 | 性 别 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

请各单位务必于11月27日上午11:00前将参训人员回执表报省局，联系人：罗承佳027-68892586、18672199903或邮箱359102725@qq.com。