附件（复印有效）：

全国青少年社工读写障碍专业辅导初阶培训报名回执

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 详细地址 |  | | | |
| 发票抬头 |  | | | |
| 联 系 人 |  | | 联系电话 |  |
| 邮 编 |  | | 传 真 |  |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 姓 名 | 性别 | 工作单位及职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

报名电话：010-65006033 传真：010-65006639 邮箱：rzzx2018@126.com