申 请 人 报 名 登 记 表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | **涞水县残疾人联合会关于认定职业技能提升行动培训定点机构**  涞水县残疾人联合会  2020年4月 日 | | | |
| **项目编号** | | HBTG-2020-042 | | | |
| **联系方式** | |  | | | |
| **E-Mail（邮箱）** | |  | **报名时间** |  | |
| **报名资料** | | | | | |
| **序号** | **证件名称** | | | | **合格（√）**  **不合格（×）** |
| **1** | 单位资质证书复印件（加盖单位公章） | | | |  |
| **2** | 单位介绍信或授权委托书 | | | |  |
| **我单位郑重承诺，以上报名资料真实有效，如有任何问题我方承担一切责任。**    **经办人或被授权人签字：**      **年 月 日** | | | | | |