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** |