申 请 人 报 名 登 记 表

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** | **涞水县市场监督管理局关于认定职业技能提升行动培训定点机构遴选项目** 涞水县残疾人联合会 2020年4月 日 |
| **项目编号** |  |
| **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** |