附件

机动车检验检测机构从业人员能力提升培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 联系地址 |  | | | |
| 联系人 |  | | 电话 |  |
| 培训项目 | □内审员 □授权签字人 □技术负责人 □质量监督员 □质量负责人 | | | |
| 学员姓名 | 性别 | 职务/职称 | 项目备注 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 |  | | | |

注：1.请将【转账凭证】和【电子版报名表】一并发至培训中心会务组邮箱：[reply@mreln.com，邮件主题备注“班级名称”；](mailto:reply@mreln.com，邮件主题备注“班级名称”。)

2.如有疑问或需要帮助，请与工作人员联系。