**全省性社会组织财务人员培训班报名回执单**

|  |  |
| --- | --- |
| 社会组织名称 |  |
| 参加人员信息 | 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职称 |  |
| 联系电话 | 固定电话： 手机： |
| 身份证号码 |  |
| 会计证号码 |  |
| 所在社会组织意见 | 领导签字： 单位：（盖章） 年 月 日 |
| 备注 |  |