**附件一：**

**2020年度初级技术转移经理人专题研修班报名回执表**

单位名称： 联系地址：

联系人： 联系电话：

|  |
| --- |
| **参加名单** |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 部 门 | 手机 | 是否需要安排住宿 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |