附件2

农业科技人员能力提升系列培训报名表

联系人姓名： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **民族** | **工作单位及职务** | **身份证号** | **手机****号码** | **发票信息****（名称、税号）** | **班次名称** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：身份证信息用于统一购买培训期间意外保险，请务必正确填写，否则视为自行放弃；请将电子版报名表发送至各培训班报名邮箱。