附件1

**国家注册信息安全专业人员（CISP）**

**认证培训班报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 民族 | 部门及职务 | 联系电话 | 电子邮箱 | 报名期次（培训时间） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 发 票 信 息 | 1、发票抬头： 4、开户行名称：2、纳税人识别码： 5、账号：3、单位注册地址： 6、联系电话： |
| 报名联系人及联系方式 | 部门： 姓名： 电话： 邮箱： |

邮箱：tjtxxh@163.com 电话： 022-58829988,18522852687,022-27813066,13602080507