**智慧物流与虚拟仿真科技的应用与融合高级研修班报名回执**

单位名称：（盖章） 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 学 历 |  |
| 职 务 |  | | 职 称 |  | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 所从事专业 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | QQ号码 |  | |
| 固定电话 |  | | 手 机 |  | |
| 车牌号 | （培训期间开车学员**务必**填写） | | | | |
| 备 注 |  | | | | |