**财税工作专项培训报名回执**

|  |
| --- |
| **单位名称：** |
| **姓名** | **职务** | **电话** | **单/双人住** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：请于1月16日18：00时前将报名回执回传至协会或发至协会邮箱。**

联系人：郑鹏淋 0755-83799301 13610366889

传 真：0755-83797292

邮 箱：szuta\_z@163.com