CSTD业务赋能架构师中级认证报名表

**填表日期：2025年04月14日 （请您认真按要求填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| **课程名称** |  |
| **参加人资料** | **姓 名** |  | **职 务** |  | **民 族** |  |
| **性 别** |  | **出生日期** |  | **学 历** |  |
| **电 话** |  | **手 机** |  | **传 真** |  |
| **邮 编** |  | **E-mail** |  |
| **联****系****人** | **姓 名** |  | **职 务** |  | **电 话** |  |
| **传 真** |  | **E-mail** |  |
| **学****员****单****位****资****料** | **单位名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **单位性质** | **□政府机构 □国有企业 □民营企业 □外资企业 □其它(请注明):**  |
| **年营业额** |  | **员工人数** |  |
| **经营范围** |  |
| **公司网址** |  |
| **需求** | **住宿要求** | **□ 个人包间(标准间) □ 与人合住(标准间) □ 自己解决** |
| **报****名****程****序** | * **请填好报名表发至招生办公室13552777201**，**并来电确认，**以便优先安排名额。
* 通过审核后，开学前一周下发入学通知书及详细报到流程。
* 食宿可自行解决，也可由学校协助统一安排，费用自理。
* 请将学费汇入指定账户，并注明所学课程班名称。（汇款方式详见简章）
 |
| **备注** | 报名单位可根据参加学习的实际人数复制学员报名表，复制有效，请按要求填写即可 |
| **如有其他需要请指出：** |
| **申请人签名：** **年 月 日** | **申请人单位盖章：** **年 月 日** |

 联系人：董老师 张老师

 联系电话：010-82593357 13552777201