**附件1：**预约培训报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 培训报名表 | | | | |
| 序号 | 企业全称 | 姓名 | 职务 | 电话 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 备注 | 点选：食品安全员□ 食品安全管理师□  食品安全总监□ | | 经办人姓名及电话： | |

**备注：此表填写后请回传至邮箱（根据各自途径选择其中一个）：**

scspaq@126.com（省食品安全学会）。