附件1：

海水淡化与综合利用专业技术转移转化能力提升

高级研修班

注册表

单位名称（盖章）： 填表时间:2024年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 学 历 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 身份证号码 |  | | |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 研究方向 |  | | |
| 电子邮箱 |  | 手机号码 |  |
| 技术转移转化需求（选填）： | | | |
| 是否住宿 | □住宿 □不住宿 | | |
| 入住日期 | \_\_\_年\_\_月\_\_日 | 退房日期 | \_\_\_年\_\_月\_\_ 日 |
| 备 注：本次为国家专项培训，请务必如实规范填写相关表格内容，并在妥填后附上职称证书复印件尽快发送至秘书处（联系电话：13324113780；电子邮箱：zwg0411jshy@126.com），报名后不得私自退出。 | | | |