**附件1**

**2015年湖南省科技企业孵化器从业人员培训班**

**参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 地址 邮编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号 | 职务 | 分管工作 | 办公电话 | 手机号码 | 电子邮箱 | 报到时间、房间要求（单/标） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

此回执请于10月16日前传真或发电子邮件反馈

联系人：袁仕希，贾平，李蒸，文玉立

电话：0731-82849116，82842007，82842003（传真）; 邮箱：hnpxb2015@qq.com