附件

2024年重庆市促进残疾人就业雇主培训

（第一期）参训回执

|  |  |
| --- | --- |
| 参训单位名称 |  |
| 姓名 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填表人： 填表人联系电话：