中国质量协会公开培训课程回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 课程名称 | **六西格玛黑带教师班（管理类）（统计类）** |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联 系 人 |  | 部门 |  | 职务 |  |
| 电 话 |  | 传真 |  | 手机 |  |
| E-mail |  | 人数 | 共 人 |
| 学员姓名 | 性别 | 职务 | 电话 | 手机 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住宿要求 | □ 标准间包房 □ 标准间合住 □ 其它：  |
| 培训费 | **培训费：管理类1500元/人；统计类4000元/人（含授课费、培训期间午餐、资料费、证书费等；企业每选送6人，可免1名领队培训费）。住宿及晚餐统一安排，费用自理。** |
| 培训费缴纳 | 可在报到时缴纳现金，或在报到前一周将费用汇至指定账户。□现金 □汇款 □支票（仅限北京学员） |
| 指定汇款账户 | 户 名：北京中质协卓越培训有限公司 开户行：工商银行北京西四支行账 号：0200002809014471495 |
| 发票开具 | **请务必与本单位财务部门确认以下信息：*** **发票类型：□专用发票 □普通发票**
* **如开专用发票，需准确提供以下信息，以避免出错，影响您报销**。

单位名称： 纳税人识别号: 地址、电话: 开户行、账号: 项目： |
| 其它说明 | 参加人员对本课程内容了解程度：□ 较熟悉 □ 一般 □ 有过初步了解 □ 第一次接触希望通过此次培训实现的目标： |
| 备 注 | 请务必在报名截止日期之前，将填写的回执表传真至本中心联系人收。 |

联系人： 电话：(010)68419670,66079098 传真：(010)66079132附件2

六西格玛黑带认证培训教师信息表

 填表日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **基本情况介绍** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 专业技术职称 |  | 学历 |  | 学位 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 毕业院校 |  | 专业 |  |
| 其他任职情况 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联系电话/传真(单位/宅电/手机) |  | E-mail |  |
| **专业工作情况介绍** |
| 工作简历 |  |
| 主要成果和著作 |  |
| 接受过的六西格玛培训 | 时间 | 培训单位或教师 | 培训内容 |
|  |  |  |
| 从事六西格玛培训简历 | 时间 | 培训对象及人数 | 培训内容 |
|  |  |  |

注：如空间不足以填写，请另附纸张。