附件1

中国质量协会公开培训课程回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 课程名称 | **质量管理小组活动高级推进培训班** |
| 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：**□**会员企业3600元/人，**□**非会员企业3800元/人（含授课费、培训期间午餐、资料费、证书费等）。住宿统一安排，费用自理。** |
| 培训费缴纳 | 可在报到时刷卡、电子支付，或在报到前一周将费用汇至指定账户。□刷卡 □电子支付 □汇款 |
| 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前，将填写的回执表发送至本部。 |

电话：(010)66079098；68419670 邮箱：zzzy@caq.org.cn

附件2

质量管理小组活动高级推进培训班考评信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 学 历 |  |
| 工作单位 |  | 电 话 |  |
| 部 门 |  | 岗 位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  |
| 主要培训经历 | 1．参加质量管理小组活动中级推进班（或原QC小组活动中级诊断师班）培训时间： 年 月，地点： ，培训证书或注册证书编号： （请附复印件扫描件）2．参加其它相关培训情况（课程、时间及培训机构）： |
| QC小组活动经历 | 1．近几年来个人指导QC小组项目数（ ）个，其中获全国优秀奖的项目（ ）个，获省级或全国行业优秀奖的项目（ ）个。主要获奖课题名称、获得的荣誉及时间：2．担任省级或全国性行业QC小组活动成果发表会评委或培训讲师情况及时间：  |