附件

2019年第一期全省档案专业技术人员

继续教育培训班参训人员信息确认表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 经确认，我单位 人为档案岗位工作人员，需要参加 2019年第一期全省档案专业技术人员继续教育培训班。  人事部门：（盖章） 年 月 日 |

备注：为确保教学秩序和教学安全，参加培训学员需经本单位人事部门确认身份及参训条件，并由本单位人事部门确认盖章，作为报到凭据。（如一个单位有多人参加，须在表格空白处填报每个人姓名及职务）