附件：

**报 名 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| 培训名称 | 第二期企业品牌管理高级研修班 |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  |
| 邮 编 |  |
| 住宿要求 | □大床房 □标间 □合住 □不住宿 |
| 姓 名 | 性 别 | 职务/职称 | 手 机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：回执请于2017年3月26日前传真至010-66094065或发邮件至ccpithq@163.com。