附件：

“数智化审计与治理现代化”研讨会报名表

单位名称： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 部门及职务 | 联系电话 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

报名联系人姓名： 联系电话： 联系邮箱：