附件：

地理信息数据安全培训参会回执表

单位名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机号码 |
|
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

说明：

1、每单位报名人数1-3人，请将参会回执word文件于4月7日前发到协会邮箱：hasm1994@126.com；

2、联系人：高文青 027-82829574 18872487041。