中国物流与采购联合会物流师

职业能力等级认证培训中心申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
|  | 姓名 | 职务/职称 | 联系电话（固定电话） | 电子邮件/传真 |
| 法人代表 |  |  |  |  |
| 联 系 人 |  |  |  |  |
| 生源范围 |  |
| 拟开展培训级别、收费与时间 |  | 年计划招生人数 |  |
| 培训场地及设备情况 | 场地地点 |  |
| 负 责 人 |  |
| 人员配备情况 | 人员职责 | 姓 名 | 性别 | 专/兼职 | 职 称 | 专业工龄 | 所属单位名称 |
| 教 师 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 申请单位负责人签字单位盖章 | 我单位拟申请物流师职业能力等级认证培训专业资质，并按要求提供所需材料（另附），请审核。特此申请。 负责人签字（公章）：申请日期： |
| 审批意见 |  审批人签字（公章）：审批日期： |