附件

中国质量协会标杆学习活动回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 活动名称 | **卓越绩效模式标杆学习——走进伊利** | | | | | | |
| 单位名称 |  | | | | | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 联 系 人 |  | | 部门 |  | | 职务 |  |
| 电 话 |  | | 传真 |  | | 手机 |  |
| E-mail |  | | | | | 人数 | 共\_\_\_\_人 |
| 学员姓名 | 性别 | 职务 | 电话 | | 手机 | | E-mail |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 住宿要求 | □ 标准间包房 □ 标准间合住 □ 其它： | | | | | | |
| 重要说明 | **1.本次活动免费，活动期间住宿统一安排，费用自理。**  **2.本次活动名额有限，我们将会从预约名单中选择更契合的组织参与本次活动，感谢您的理解与支持。** | | | | | | |
| 其它说明 | 参访人员对本活动内容了解程度：  □ 较熟悉 □ 一般 □ 有过初步了解 □ 第一次接触  希望通过此次对标学习活动实现的目标： | | | | | | |
| 备 注 | 请务必在报名截止日期前，将填写的回执表发送邮件至联系人。 | | | | | | |

联系人：王丽华 电话：010-66018996 邮箱：wlh@caq.org.cn