附件2

**培训报名表**

院校（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 身份证号 | 所在院系 | 职务/职称 | 联系方式 | 有无接触史或疑似症状 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**备注：请将电子版与盖章的扫描版一并发送至邮箱。**