附件1 2017赛飞创业辅导师专题研修班学员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | | |  | | | 请附照片  （电子版） | |
| 年 龄 |  | | | 工作年限 | | |  | | |
| 手 机 |  | | | 办公电话 | | |  | | |
| 邮箱/Q Q |  | | | 微 信 | | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | 专业学历 | | |  | | |
| 所在单位 |  | | | | | | | | 职 务 |  | |
| 公司地址 |  | | | | | | | | 邮 编 |  | |
| 创业基地或园区名称 |  | | 基地或园区  级别 | | | □国家级 □省级  □市级 □其他 | | | | 授予  年份 |  |
| 已有持证创业导师 | 人 | | 证书名称 | | | | |  | | | |
| 是否参加过其它创业辅导师课程培训 | | □有，证书名称：  □没有 | | | | | | | | | |
| 是否有辅导过创业项目 | | □有，项目名称：  □没有 | | | | | | | | | |
| 是否建立过企业 | | 企业名称： 成立时间： 年 | | | | | | | | | |
| 能否确保8天脱产学习 | | | | | □能 □不能 | | | | | | |
| 是否需要安排住 | | | | | □是 □否 | | | | | | |
| 单位是否同意参加：    单位盖章  2017年 月 日 | | | | | | | | | | | |