附件：

中小型特检机构数字化转型诊断咨询服务报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 联系人 |  | 移动电话 |  |
| 本单位信息化、数字化工作现状 |  | | |
| 本单位信息化、数字化工作需求 |  | | |
| 单位意见 | 我单位同意自愿申请参与中国特检协会组织的中小型特检机构数字化转型诊断咨询服务公益活动，并承诺提供工作支持，保障活动顺利开展。  负责人签名： 年 月 日（公章） | | |