附件

河南基层卫生人才医教协同发展联盟

2020年年会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | | | | | |
| 联系人姓名 | |  | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 嘉宾姓名 | | 部门/职务 | | | 联系电话 | | | | 电子邮箱 | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |
|  | |  | | |  | | | |  | | |
| 住宿及餐饮预订 | | | | | | | | | | | |
| 房 型 | 预订间数 | | | 入住时间 | | 退房时间 | | 是否合住 | | | 饮食方面  特殊要求 |
| 单 间 |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 标准间 |  | | |  | |  | |  | | |  |
| 行 程 信 息 | | | | | | | | | | | |
| 出发时间 | | | \_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分 | | | | 到达时间 | | | \_\_\_\_日\_\_\_\_时\_\_\_\_分 | |

注：请参会代表于2021年1月8日前将参会回执以邮件方式发至联盟秘书处邮箱。疫情期间，安全起见，建议各单位自驾车抵达。