附件1

**参会人员回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 单位 | 职务/职称 | 联系电话 | 到达日期时间/航班号 | 离开日期时间/航班号 |
| 　 |  | 　 |  |  | 　 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 　 |  |  | 　 |  |  |
| 备注 |  由于会议地点条件限制，住宿房间安排视报到时房源情况而定。请以省为单位统一报名，并于2017年11月5日前将参会人员回执电子版（附件1）反馈至中国健康教育中心，邮件：cche\_10@foxmail.com |