附件3 参会回执

**2022 年山东省健康促进与教育学会社区专业委员会**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **单位** | **职称****/职务** | **联系电话** | **电子邮箱** | **是否住宿** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**学术年会暨社区健康论坛回执**

注：参会回执8月25日前发至邮箱cahcry2010@163.com

1.住宿标准：单人间 360元/间；双人间 460 元/间。

2.如需住宿，请注明：需标准间 间，大床房 间， 与人合住 （是/否） 。