附件2. 参会回执

**2023 年山东省健康促进与教育学会社区专业委员会学术年会暨社区健康论坛回执**

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

 住宿标准：标间（460元/间）

注：请于2023年5月12日前将参会回执，发送至电子邮箱：cahcry2010@163.com，以便提前安排食宿。