附件1

会议回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **单位** | **性别** | **职务或职称** | **联系****方式** | **是否住宿** |
| **17日夜** | **18日夜** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：请各设区市成人教育与职业教育协会（学会、研究会）、嘉兴市、衢州市、义乌市教育局职成教处**汇总**参会人员于10月13日前以电子邮件发至柯桥区教育局，联系人:杜国平，联系电话：0575-84135935，13957521778，邮箱：649338316@qq.com。