附件 2

**全国卫生健康系统党务干部专题培训班报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位 | **（请备注省份市区）** | | | | | |
| 参会人员 | **姓名** | **性别** | **民族** | **职务** | **手机号** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住 宿 安 排 | 价格：560 元/间夜 单间（ ） 标间( )  （括号内请填写房间数量）  入住时间： 月 日 离店时间： 月 日  注： 请根据各单位报销制度，合理填写入住需求。 | | | | | |
| 注意事项 | 1.会议报名时间截止 2023 年 6 月 9 日 18:00。  2.请务必将各项信息填写完整;请将填写完整的《参会回执》发送至微信 13552391413 3.交通导航:  酒店:广东佛山希尔顿酒店  地址:广东省佛山市禅城区岭南大道北 127 号  电话：0757-83069999 | | | | | |

联系人：

联系电话：