### ****附件：****

山东省中等专业学校国际化教育发展研讨会报名回执表

学校名称：（盖章）

联系人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系人职务：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 联系人电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**参会人员信息**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **职务** | **电话** | **住宿房型** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

说明：

1.请于2025年4月2日前将加盖公章的扫描件发送至邮箱：

2.邮件标题格式：【参会回执】+学校名称；

3.若参会人员变动，请提前3个工作日联系会务组。