附件2 江苏省高等职业教育专业认证专家培训会参会回执

学校名称

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **职务** | **职称** | **联系方式**  **（学校联络员请注明）** | **住宿信息**  **（请在需安排住宿日下方打钩，不住宿人员无需填写本栏）** | | | **如有进校自带车辆，请填写车牌** |
| **22日** | **23日** | **单标间需求备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

请于9月18日前将回执发送至指定邮箱：ntyflf@njrts.edu.cn。