附件

高等职业教育创新发展行动计划工作会参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位及职务 | 性别 | 手机号码 | 抵达时间（√） | 离会时间（√） | 是否住宿（√） |
| 26日 | 27日 | 27日 | 28日 | 26日 | 27日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 填表人： 联系方式：

请于6月21日17:00前，将参会回执通过传真或电子邮件方式反馈至我司。