附件2

参会回执

单位名称： 参与课程：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 | 性　别 | 职　务 | 手机号码 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：请各相关单位于7月24日之前将参会回执以电子邮件的形式发送至浙江省教育技术中心。联系人：罗晓峰；联系电话：0571-88062887；Ｅmail：19943909@qq.com。