**附件2：第三期营养与慢性病防控能力建设培训班回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职务/职称 |  | 电话 |  |
| 工作单位 |  | 年龄 |  |
| 是否需要学分 | 是□ 否□ | E-mail |  |
| 培训费发票单位抬头 |  | 单位税号 |  |
| 发票邮寄地址 |  | 邮编 |  |
| 预订住宿 | 是□ ( 日入住， 日离开，预订 晚) 否□ |
| 住宿标准（含早） | 标间单住（450元/天/人）□ 标间合住（225元/天/人）□ |

**注：****回执表请发电子邮件至cnsnncd@163.com****。**