附件

“高质量师幼互动中的教师专业发展”研讨会报名信息统计表

市: 联系人（需参会）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位** | **姓名** | **性别** | **民族** | **联系方式** | **住宿要求****（标间/不住宿）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：请于7月31日12:00前，以地市为单位将此表发送至学会秘书处邮箱：sdxqjyzx@163.com。