**艾滋病社会工作经验交流会参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位 |  |
| 职务 |  |
| 手机号码 |  |
| 电子邮箱 |  |

注:会议仅为外地参会者提供住宿，请在需要住宿的日期前打√

请于2016年8月10日前提交到以下电子邮箱：wxcenter@163.com