**附件：**

**2025年师范类专业认证整改与工作推进会参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **参会人姓名** | **单位名称** | **职务** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 说明：请各单位将参会人员回执电子版于**6月17日（星期二）12:00前**发送至邮箱：gxsdpjb@126.com | | | | | |

填报人： 联系方式：