附录2：

1. **患者及家属报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **患儿姓名** |  | **性 别** |  | **年 龄** | |  | | **确诊时间** |  |
| **发票抬头**  **（全称，开发票用）** | |  | | | | | | | |
| **通讯地址** |  | | | | | | | **邮 箱** |  |
| **参加人员** | 父亲 | □参加 □ 不参加 | | | 母亲 | | | □参加 □ 不参加 | |
| **联系方式** | 手机（父） |  | | | 手机（母） | | |  | |
| **交通安排** | □自己驾车 □ 统一集合 | | | | | | | | |
| **住宿安排** | **统一代订的酒店信息** | | | | | | **会务组代订** | | |
| 红石山谷庄园：昌平区南口镇大石坡华彬庄园西侧 | | | | | | □是 □ 否 | | |
| **入住时间： 年 月 日** | | | | **退房时间： 年 月 日** | | | | | |

1. **机构康复工作人员报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | |  | | | 职 业 | |  |
| 工作单位  （全称，开发票用） | |  | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 手 机 |  | | | | Email |  | | | |
| 住宿安排 | **统一代订的酒店信息** | | | | | | | | **会务组代订** | |
| 红石山谷庄园：昌平区南口镇大石坡华彬庄园西侧 | | | | | | | | □是 □ 否 | |
| □ 单间 □ 合住 | |
| **入住时间： 年 月 日** | | | | **退房时间： 年 月 日** | | | | | | |