附件:

州（市）计生协参会人员回执单

填报单位：（盖章） 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **民族** | **工作单位及职务** | **手机号码** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

云南省计划生育协会办公室 2016年9月1日印