**附件2：报名回执**

**《注意缺陷多动障碍的学校支援与家长培训》工作坊**

**报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 工作单位 | |  |
| 职务/职称 |  | 通信地址邮编 |  | | | |
| 电话 |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 工作服务对象 | |  | | | | |
| 是否接触过ADHD学生？多长时间？ | | 是（）；否（）；多长时间（） | | | | |