**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（） |