**现场会议参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单 位 | 职务/职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：请于10月23日前将现场会议参会回执发至联系邮箱