附件

研讨会报名回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **填报单位名称（盖章）：** | | | | **年 月 日** | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **职务/职称** | **联系方式** | **9月23日是否住宿** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **备 注** |  | | | | |

注：请参会人员于9月17日下午17：00前将报名回执发送至邮箱scfcghc865@163.com。