附件：

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 本单位参会人员 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |

注：请于12月4日前将本回执发送至电邮箱cgla666@163.com。