附件2

参会回执

（单位）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机号码 | 电子邮箱 | 拟抵达方式及时间 | 拟离开方式及时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：

1.请与会人员于11月15日前将《会议回执》发至邮箱：shfwzwh@126.com

2.联系人及电话：石春林：15961232100