**会 议 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 从事专业 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 是否住宿 | □ 是 | □ 否 |
| 建议与要求 |  |

备注：请参会代表于4月28日前将此回执E-mail: 85485879@163.com。