附件：

**参会报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址/邮编 |  |
| 联系人 |  | 职务/职称 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 房间数量 |  | 入住日期 |  |
| 参会代表信息 |
| 姓 名 | 性 别 | 职务/职称 | 联系电话 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**请于2024年10月26日前将回执发送至邮箱：officejsland@163.com。**