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。**