**附：与会代表回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 传真 |  |
| 姓名 | 职务 | 手机号码 | 电子邮箱 | 住宿要求 | 入住日期 |
|  |  |  |  | 单住□合住□ |  |
|  |  |  |  | 单住□合住□ |  |
|  |  |  |  | 单住□合住□ |  |

请于2016年11月4日前务必发回执到: ahszmxh@163.com

联系人：张祁 0551-65676680，18656354455