附件2

参会回执表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位名称 | 职称/职务 | 手机 | E-mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：请准确、完整填写以上信息，邮件回传至statehaccp@163.com。