附件

参会回执

单位名称： 参会联系人： 联系电话：

|  |  |
| --- | --- |
| **序号** | **参会人员信息** |
| **姓名** | **职务** | **手机号码** | **参会方式（现场/线上）** | **是否住宿** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：请于2024年4月15日前填写报名回执，发送至chengcongcong@ceaq.org.cn。