**附件：参会回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址/邮编 |   |
| 参会代表姓名 | 性别 | 部门及职务 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 | 请将此回执于11月20日前传真或发邮件至协会。传真：010-64847322；邮箱：zhengwei@caamm.org.cn |