参 会 回 执 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 负责人 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 参会代表 | 性别 | 职务 | 手机 | 电话/传真 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 会议时间 | 2017年8月26-27日 | 报到时间 | 2017年8月25日 |
| 会议地址 |  （具体事宜，报到前一周另行通知） |
| 住宿说明 | □是、 □否; 单间\_\_\_天、合住\_\_\_天，2017 年\_\_\_月\_\_\_日入住。 |
| 联系人:电 话：手 机：传 真：邮 箱： | 单位盖章：负责人签字：年 月 日 |

参会企业请将此表填写完毕后回发至组委会。