**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **参会人员** |  | **职务** |  | **性别** |  |
| **手机** |  | **电话** |  | **邮箱** |  |
| **单位性质** | **□生产企业　□经营企业　□医院　□科研机构　□第三方机构　□其他** |
| **是否住宿** | **□　是** | **□　否** |
| **备注：　本表可复制，请于7月22日前将参会回执发送至hnylqxsh@163.com** **联系人：　廉婷婷：13007520166　夏 敬： 13007601688** |