附件2

|  |
| --- |
| 参会回执单位： 2024年 11月 日 |
| 姓名 | 性别 | 专业 | 职称/职务 | 联系方式 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |