附件2

**参会人员回执**（复印有效）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 参会人数 |  |
| 参会人员名单 |
| 姓名 | 性别 | 职称或职务 | 联系电话 | 是否订餐 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备注 | 1、此回执请于2015年7月10日（周五）前发至学会秘书处联系人：侯亚美 电话：15652355880传 真：010-87790910 邮箱：hellohym@126.com3、参加会议的人员如有其他要求请在备注栏内说明；4、请认真填写，字迹清晰、整齐。 |