**附件2**

**与会人员回执**

所属地区：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 工作单位 |  | 职务（称） |  |
| 工作电话 | 手机 | 传真 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |
| 备注 |  |

**此表每个参训人员均需填写，统一由市（州）科协收齐后打包于2015年12月1日前发送电子邮件至85212399@163.com**。