附件

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 参会人员姓名 |  | 职务 |  |
| 联系方式 |  |
| 参会人员姓名 |  | 职务 |  |
| 联系方式 |  |
| 参会人员姓名 |  | 职务 |  |
| 联系方式 |  |

（请于4月12日前将参会回执以电子邮件方式发送至学会秘书处邮箱：stjcjy@163.com）