附件2

参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 工作单位 | 职务 | 办公电话 | 手机号码 | 到达航班/车次、时间 | 返程航班/车次、时间 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注意事项：请于12月16日前报送回执。

传真号码：0519-86338010

电子邮箱：ybccit@163.com（请将标题统一命名为：“参会单位名称”）