附件

参会回执

市科协（盖章） 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 单 位 | 职务/职称 | 手机号码 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：请各市于2021年12月6日上午12：00前将本表的盖章扫描件及电子版发送至指定邮箱gxqsnrgzn@163.com。