附件2：

**会议回执**

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务/职称 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请各单位接到通知后，于10月10日前将会议回执（见附件2）以电子邮件或传真方式发至会议联系人。会议联系人传真：（0571）51105162，邮箱：546944695@qq.com。