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6月5日前将会议回执（见附件2）以电子邮件发至会议联系人。

会议联系人邮箱：zwende@nmdsy.com