附件2：

会议回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | | |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 联系方式 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 到达航班  或车次时间 | |  | |

注：请参会单位于**10月15日前**将会议回执以邮件方式报昆明院刘云。

电话：13987168276

邮箱：529764910@qq.com