**附件**

**参会回执表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 职务/职称 |  | 部门 |  |
| 单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电话 |  | 邮箱 |  |
| 手机 |  | 微信 |  |
| 备注 |  |
| 请参会代表于7月19日前将回执发至学会秘书处。邮箱：huiyuanbu@csfcm.org  |