

附件 2

参 会 回 执

填表单位：

日期：

序号	姓名	性别	工作单位及职务	联系电话	航班/火车信息

注：请各地州市科协统一将此表于2023年4月16日前发至
xjkxqsn@126.com或传真0991-6386037。