附件：

报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务（职称） | 联系方式 | 到达时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请于7月6日前传至我会。

邮箱：member@crsa.net