**附件：**

**会议回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 参会人员 | 职务/职称 | 联系电话 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备 注 |  | | |

注：请参会代表于5月8日前将会议回执发至ccrafc@126.com。