附件：

**座谈会回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓名 | 职务 | 手机 | 邮箱 |
|  |  |  |  |
| 注意事项：请于8月27日下午17:00前将参会回执表反馈至组委会。联系人：闫海堂电 话：0311-66635535 13520569659邮 箱：cidee\_zd@163.com |