**参 会 回 执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校或单位 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 注意：  1. 请务必将表格内容填写完整，联系方式正确，以便及时收到会议信息；  2. 参会老师请在2019年 10 月 26 日前将回执发至报名注册联系人，以收到会务组确认注册成功邮件为准。  3. 由于会议参会名额有限，请报名从速。 | | | | |
| 备注： | | | | |