会议回执（标准审稿会）

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 税 号 |  |
| 单位地址（电话） |  |
| 开户银行 |  |
| 帐 号 |  |
| 姓 名 （身份证号） | 性别 | 职务/职称 | 电子信箱 | 联系电话 | 单间 | 拼房 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 到达时间 |  | 离开时间 |  |

请代表接通知后务必于11月20日前将回执传真、E-mail至线带分会秘书处。

