**参 会 报 名 回 执**

单位名称：（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职务 | 手机 |
|  |  |  |  |

**注：请于6月22日前回传至协会邮箱：csjtxh@szuta.org**