**附件二：参会回执表**

**参会回执表**

|  |
| --- |
| **参会单位基本信息** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| **参加人员信息** |
| 姓名 | 部门及职务 | 联系电话 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

备注：

请参会人员于2017年6月1日前将回执表以电子邮件形式发送至邮箱：hit\_opm2017@163.com，咨询电话：0755-86230139，感谢您的支持。