附件2

**参会回执表**

**单位：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序 号** | **姓 名** | **工作单位** | **职 务** | **联系电话** | **会前14 天内是否有新冠肺炎疑****似症状、疫情严重地区人员接触史、疫情严重地区驻留史，或****会前出现发热、干咳、乏力等****疑似情况。** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

联系人：

联系电话：