**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 发票抬头 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 参会代表姓名 | 性别 | 职务或职称 | 研究领域 | 手机 | 传真 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 是否参观实验室 | □是 □否注：请将您所选的方框涂黑。 |