**报 名 回 执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| \*姓 名 |  | \*身份证号 |  |
| \*工作单位 |  | | |
| \*职 务 |  | \*学 历 |  |
| \*手机号码 |  | \*常用邮箱 |  |
| \*会务组统一安排住宿**（费用自理）** | 8月8日-10日：厦门宾馆（地址：厦门 思明区 虎园路16号），电话：0592-2053333；协议价：279元/人·天；558元/房·天。 | | |
| 备注 |  | | |

加\*项均为必填项，请将此回执连同报名费转账单据的扫描件或照片一并发给我们。谢谢合作！