附件3：

**中国医疗器械行业协会医用高分子制品专业分会**

**团体标准审定会参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **手机** | **邮箱** | **合住/单住** | **到会日期** | **离会日期** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **交费方式** | **转账汇款（ ），现场交费（ ）** |

注：1、离会日期请务必确认好，有变化于会前告知，以便安排酒店房间事宜；

2、回执请于**10月21日前**发送至分会邮箱。