附件2

参会回执

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 联系电话 | 职位 | 近期是否到过疫情中高风险地区 | 接种疫苗情况 |
| 1 |  |  |  | □否 □是，地点：  | □已接种 针□未接种 |
| 2 |  |  |  | □否 □是，地点：  | □已接种 针□未接种 |
| 3 |  |  |  | □否 □是，地点：  | □已接种 针□未接种 |
| ... |  |  |  |  |  |

请于2021年9月30日12：00前将参会回执盖章扫描件发送到邮箱cxcyds\_gx@vip.163.com。