**附件三：实验室回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 实验室名称 |  |
| 姓 名（报告人） |  | 性别 |  | 职务职称 |  |
| 电子邮件 |  | 手机 |  |
| 是否预定房间 |  | 入住时间 |  | 离开时间 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职务职称 |  |
| 电子邮件 |  | 手机 |  |
| 是否预定房间 |  | 入住时间 |  | 离开时间 |  |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 职务职称 |  |
| 电子邮件 |  | 手机 |  |
| 是否预定房间 |  | 入住时间 |  | 离开时间 |  |

注：请各实验室将参加初评会议人员回执于**4月18日**前发至邮箱：amac@csm.org.cn。