附件4

试点项目和研究课题中期管理工作会参会回执

填报单位： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** | **姓名** | **性别** | **职务**  **（职称）** | **联系电话** | **车牌号**  **（建议公共交通出行）** | **是否用餐（午餐）** | **是否符合疫情防控要求** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：各中心城区二级管理机构具体负责人员至少1人。

填报人： 联系方式：