附件6

第八批试点项目中期检查指导活动参会回执

填报单位： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** | **试点项目名称及编号** | **姓名** | **性别** | **职务**  **（职称）** | **联系电话** | **车牌号**  **（建议公共交通出行）** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：各区县及高校二级管理机构具体负责人员至少1人。

填报人： 联系方式：