附件2 第七届厦门质量品牌故事大赛参会回执表

**（参赛选手、参会观摩人员均要填写）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |   |
| 联 系 人 |   | 部门 |   | 职务 |   |
| 手 机 |   | 邮箱 |   | 人数 |   |
| 姓名 | 部门 | 职务 | 手机 | E-mail | 参赛/参会人员 |
|  |  |   |   |   | □参赛 □参会  |
|  |  |   |   |   | □参赛 □参会 |
|  |  |  |  |  | □参赛 □参会 |

**为掌握参会人数，以便安排会务事项，请于4月20日前将回执表邮件至市质协（名额有限，额满即止）。邮 箱：xmaq200506@163.com 电话：5882972（兼传真）**