附件：《医院用含铜抗菌防霉剂》团体标准启动会参会回执

**参   会   回   执**

|  |
| --- |
| 一、单位信息 |
| 单位名称 |  |
| 联 系 人 |  | 联系方式 |  |
| 二、参会信息 |
| 代表姓名 | 职务/职称 | 手机 | 微信 | 邮件 |
|  |   |  |  |    |
|  |   |  |  |    |