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 |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |