附件：

|  |
| --- |
| 参会回执 |
| 律师事务所名称 | 姓 名 | 职务 | 联系电话 | 是否用餐（10日午餐） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |