广西中医药大学教师科研能力提高培训会

会议回执单

二级单位/部门： 联系人： 手机：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务/职称 | 联系方式 | 参会方式 |
|  |  |  | 线上/线下 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：二级学院及直属附属单位分管科技工作的领导、科研管理人员参会方式请选择线下；其他人员参会方式请选择线上。