附件：

广西师范人工智能学院成立仪式参会人员回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **单位名称** | **职务** | **联系电话** | **备注（如不能参会请注明原因）** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 说明：请各单位将参会人员回执电子版于**3月4日（星期二）17：00前**发送至邮箱313105323@qq.com。 |

填报人： 联系方式：