附件

2024年度全省广播电视统计年报会审人员报名回执表

市州： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 姓 名 | 部 门 | 职 务 | 性 别 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

请各单位务必于2月10日下午16:00前报会议回执（发送邮箱：359102725@qq.com）。