附件4

市州科协职称评审工作联系人回执

单位：（公章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

请各单位于2025年7月4日17:30前将回执扫描发送到邮箱：kchn\_admin@163.com