附件：

|  |
| --- |
| 红河州滇南中心医院（个旧市人民医院） ××××项目院内咨询报名表 |
| 项目名称： |  |
| 公司名称（加盖公章）： |  |
| 联系人： |  |
| 联系电话： |  |
| 电子邮箱： |  |
| 报名日期： |  |