**附件1**

**景谷县中医医院院翻拍系统征询会报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **企业名称** |  |
| **联 系 人** |  |
| **联系电话** |  |

报名方（加盖公章）：

 年 月 日