附件

**报名申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 报名单位名称  |  |
| 地址 |  |
| 邮编 |  | 电子邮箱 |  |
| 电 话 （手机号码） |  | 固定电话 |  |
| 联系人 |  | 申请时间 |  |
| 备 注 |  |

说明：1、请务必清晰准确填写项目报名申请表，如因填写错误或不清楚导致被拒绝或延误等情况，由填报人承担责任。

2、文件的澄清、修改将据此报名申请表填写的电话及电子邮箱联系各报名单位。

3、若报名成功但不参加会议，务必在会议召开前不少于1个工作日电话通知金华广福医院采购中心办公室，否则视同确认参加会议。

联系人:李老师 电话:13588666583

固定电话： 0579-82287886

邮箱：jhgfyycgzx@163.com