**项目报名表**

项目名称：从化区中医医院采购代理机构院内遴选项目

报名时间： 年 月 日 时 分

报名子包：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报名单位 | 联系人 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |

盖章：