附件1

河池市中医医院

项目报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  序号 | 单位名称（加盖公章） | 负责人/联系人 | 联系电话 | 时间 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |