报名函

广州医科大学附属妇女儿童医疗中心：

（公司）拟参加贵院 项目，以下为报名资料，见下表：

|  |  |
| --- | --- |
| 报名项目 |  |
| 公司名称 |  |
| 项目负责人 |  |
| 联系电话 |  |

公司名称（盖章）：

日期：