|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 遴选项目报名登记表 | | | |
|
| **项目名称: 广州医科大学附属妇女儿童医疗中心2025年度消防器材（二次）** | | | |
| **参选人 名 称** | **联系人** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |
| **参选人公章：** | | | |
|
| 因信息填写有误导致参选人报名不成功的，后果由参选人自行承担。 | | | |