**报 名 表**

 填表日期：2025年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **联系人** |  | **联系****电话** |  | **电子邮箱** |  |
| **公司全称** |  | **统一社会信用代码** |  |
| **法人代表** |  | **法人身份证号** |  |
| **序号** | **项目名称** | **备注** |
| 1 | 患者电话热线服务平台 |  |