|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 台州市中西医结合医院 | | **报名登记表** | | | |
| 项目名称 |  | 承诺出报告时间 |  | | |
| 报名单位 | | 项目联系人 | 联系方式 | 时间 | 备注 |
|  | |  | 电话/传真/手机 |  |  |
| E-MAIL |