附件：

**成都高新区佳医医疗管理有限责任公司**

**中医科合作商报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  |
| 报名时间 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |