

恩平市妇幼保健院市场调研类报名表

项目名称	二级公立医疗机构接入省检查检验结果互认共享平台项目		
项目编号	456190658-2024-04-015		
报名单位名称（盖章）			
报名日期	年 月 日		
联系人		联系电话	
资质情况	<p>有相关复印件打“√”：《营业执照》<input type="checkbox"/>，《税务登记证》<input type="checkbox"/>，《组织机构代码证》<input type="checkbox"/>；或者“三证合一”<input type="checkbox"/>。</p> <p>其它资质（自填）：</p>		