**隆林各族自治县中医医院**

# **手术麻醉临床信息系统市场调研会报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |   |
| 经营范围 |    |
| 是否为中小企业或监狱企业、残疾人福利性单位 | 是☐ 否☐ |
| 联系人 | 姓 名 |   |
| 联系电话 |   |
| E--mail |   | 传 真 |   |
| 备注： |

注意：1. 本表内容请认真、准确填写。

1. 为能将有关信息及时通知您，请务必准确填写移动电话号码。
2. 文件命名方式：单位名称+老年医学中心大楼档案整理服务市场调研会报名表。