**北京中医药大学东直门医院（通州院区）报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 报名时间 |  |
| 公司名称（公司公章） |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 备注（可填写计划参与报名的公示项目序号）： |