|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 | 成都市成华区第七人民医院  2023-2024年档案整理服务项目 |
| 报名单位名称 |  |
| 详细地址 |  |
| 营业执照编号 |  |
| 项目联系人 |  |
| 联系人电话 |  |
| 法定代表人签字（盖章）  报名单位（盖章）  年 月 日 | |

**成都市成华区第七人民医院**

**2023-2024年档案整理服务项目报名表**