**供 应 商 报 名 登 记 表**

南通市崇川区卫生健康委员会：

我单位报名贵院项目，报名情况如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 包号 | 项目名称 | 报名单位 | 其他说明 |
|  |  |  |  |

联系人：

联系人手机号：

电子邮箱：

供应商全称（加盖公章）：

日期： 年 月 日