**附件：**

**医疗设备产品推荐报名登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **单位名称** |  |
| **联系人** |  |
| **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **报名时间** | **2023年        月          日** |
| **备注** |  |