**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** | 　 |