附件一：

**调研会报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 | 统一社会信用代码 | 公司地址 | 联系人 | 联系电话 | 是否具备相关医疗培训中心建设资质（请注明资质名称及编号） | 过往类似项目数量（简要列举项目名称、规模及完成时间） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |