**报名登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | 广州市花都区胡忠医院建设项目职业病危害放射防护评价项目 | | | |
| 报名人资料 | 报名单位名称 | （填写报名单位，并盖公司章） | | |
| 地址 |  | 报名单位电话 |  |
| 报名经办人 | 姓名（签名） | 移动电话（必填） | |
|  |  | |
| 备注 |  | | | |