附件：

**台州市第二人民医院 报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称  （单位公章） |  |
| 注册资金 | （万元） |
| 法人代表 |  |
| 详细地址 |  |
| 联系人 |  |
| 联系电话（手机） |  |
| 邮箱 |  |