|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | 云南省精神病医院短视频合作项目 | | 公司（单位）名称 |  |
| 宣讲人 | |  | | 联系电话 |  |
| 技术负责人 | |  | | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 | |  | | | |
| 资质审查 | 经营范围： | |  | | |
|  | |  | | |
| 具有相关的资质  证书（如有提供） | |  | | |
| 其他说明事项 |  | | | | |

**云南省精神病医院采购项目市场咨询会**

**报名回执表**