**报名表**

南通市妇幼保健院：

根据贵院影像科智能辅助诊断系统项目技术了解公告，我公司愿意参与此项目技术了解，具体报名信息如下：

报名单位：

单位法人：

联系人/委托人：

联系方式：

电子邮箱：

公司名称（盖章）：

报名日期：