**附件1：报名表**

**项目名称：广州市从化区中医医院网络安全托管服务项目**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 授权代表 | 身份证号码 | 手机/电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |

填写日期：2024年 月 日