**滨州医学院附属医院后勤管理处**

**劳务派遣磋商报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目内容： | 滨州医学院附属医院后勤管理处劳务派遣项目 |
| 磋商公司名称： |  |
| 磋商公司地址： |  |
|  联系人姓名： |  |
| 联系方式： |  |

 年 月 日

备注： 投标单位需加盖单位公章