**重庆医科大学附属永川医院推介申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推介活  动名称 | 需填写 | 活动  时间 | 2025年8月13日下午15:00 | 活动  场所 | 萱花院区6号楼6楼611会议室 |
| 活动目  标群体 | 需填写 | 申请  单位 | 需填写 | 申请人 | 需填写 |
| 联系方式 | 需填写 |
| 推 介 单 位 填 写 | 产品推介活动申请理由 | | | | |
| 描述该项目的优点、特点即可。 | | | | |
| 产品推介活动过程简介 | | | | |
| 通过PPT方式介绍。 | | | | |
| 申请单位承诺：严格遵守国家、地方和卫生行业的有关法律、法规、相关政策以及廉政建设的各项规定。  申请单位签章：  年 月 日 | | | | |
| 医务科及相关管理科室意见 | 这里不要填写！！（请删除此备注） | | | | |