|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **霍尔斯经营提升项目报名信息表** | | | |
| 基本信息 | | 联系方式 | |
| 医院名称 |  | 负责人 |  |
| 医院级别 | □ 一级 □ 二级 □ 三甲 | 电话 |  |
| 床位 |  | QQ |  |
| 类别 | □ 专科 □ 综合 | 微信 |  |
| 医院地址 |  | E-mail |  |
| 医院要求 |  | | |

**备注：**[**将表格填好后发送至邮箱（admin@horusch.com）**](mailto:将表格填好后发送至邮箱（admin@horusch.com）)

**联系方式：0755-23228276**