**附件1：**

**河池市中医医院2025年防治艾滋病宣传资料项目报名表**

项目名称： 时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 单位名称 | 联系人 | 联系电话 | 地址 |
| 1 |   |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |