附件：

**第五届亚洲慢性病医疗大会**

**项目展示合作申请表**

|  |
| --- |
| **机构基本信息** |
| 机构名称 |  |
| 机构地址 |  | 邮编 |  |
| 官方网址 |  |
| **机构负责人/联系人信息** |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 部门 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 传真 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| **合作项目** |
|  |