咨询报名函

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **咨询内容** | 赣州市妇幼保健院（ ）兴趣协会 | | |
| **单位名称** | **联系人** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |

单位公章

2025年 月 日

**营业执照：**

|  |
| --- |
|  |