**标准参编回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位情况 | 单位名称 |  | | | | |
| 地址 |  | | | | |
| 法人姓名 |  | | 电 话 |  | |
| 联系人姓名 |  | | 职 务 |  | |
| 手 机 |  | | 电 话 |  | |
| 电子邮箱 |  | | 传 真 |  | |
| 参编情况 | 参编标准名称 | □《手动轮椅车》  □《电动病床》 | | | | |
| 参编人姓名 |  | 电话 | | |  |
| 参编人姓名 |  | 电话 | | |  |
| 申报  单位  意见 | 同意！  负责人签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (盖章)  年 月 日 | | | | | |