附件：

**广西中医药大学附设中医学校（广西中医学校）东葛校区摄影实践基地经营项目报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | **广西中医药大学附设中医学校（广西中医学校）东葛校区摄影实践基地经营项目** | | |
| 报名单位 |  | | |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系人/  项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  | 传真 |  |
| 报名单位相关资质信息 |  | | |
| 报名确认:  单位名称： （盖章）  法人代表或经营者签章：  日期： | | | |