# 附件1：

**山东第一医科大学（山东省医学科学院）**

**展陈概念设计方案征集报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **报名单位** |  |
| **通讯地址及网址** |  |
| **联系人** |  | **职 务** |  |
| **联系方式** | **电话： 传真： 手机：**  |
| **报名单位资质** |  |
| **以往承担相关项目简介** |
|  |
|   **报名人已阅读、理解并接受《山东第一医科大学（山东省医学科学院）校史馆展陈概念设计方案征集公告》，并保证上述所填事项属实。****法人签字、单位盖章：** **日期：** |

注：报名仅须通过电子邮件提供此表的签字、盖章扫描件，所填内容不超过本页篇幅。