附件：报名表

**首都医科大学附属北京潞河医院营养科**

**特殊医学用途配方食品**

|  |
| --- |
| 报名时间： 年 月 日 |
| 申请人名称： |
| 授权代表姓名及联系方式： |
| 备注（遴选产品品规意向）： |
| **以上内容由参与遴选单位填写** |
| **报名资格审核情况：**  1．经审核，该单位符合本次遴选相关报名要求，同意其参与遴选  报名。  2．审核通过后工作人员下发通知函。  审核人签名： 年 月 日 |