**报名登记表—同心县2024年病媒生物防制项目**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **单位名称** |  |
| **联系人** |  |
| **联系人身份证号** |  |
| **联系人电话** |  |
| **报名登记时间** |  |
| **邮箱** |  |
| **备注** |  |