**新乡医学院三全学院校企合作意向表**

|  |
| --- |
| **意向企业（医院）基本信息** |
| **企业名称** |  | **企业网址** |  |
| **注册地址** |  | **企业法人代表** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编** |  |
| **注册时间** |  | **注册资金** |  |
| **经济性质（勾选）** | **国有   集体   私营   合资   外资   其他** |
| **合作业务负责人** |  | **联系电话** |  |
| **传真** |  | **E-MAIL** |  |
| **企业介绍（包括背景资料、主营业务情况、特点与优势）** |
|  |
| **合作意愿及方向** |
|  |

承诺：以上表格中填写资料真实

部门签字：

部门盖章：

            时间：         年    月