**附件2：**

桂林市中医医院劳务派遣服务项目报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 报名单位全称（盖章） | |  | |
| 法定代表人 | |  | |
| 公司详细地址: | | | |
| 联系人： | | | 联系方式： |
| **参与论证项目（必填）** | | | |
| 序号 | 参会项目名称 | | 备 注 |
| 1 |  | |  |
| 2 |  | |  |
| 3 |  | |  |
| 4 |  | |  |

注:

1、请公司认真填写，报名后不能更改，报名材料经医院审核通过后即为报名成功。

2、报名为委托代理人的必须提供由县级以上（含县级）社会养老保险经办机构出具的劳务派遣公司为委托代理人交纳的2025年1月至3月任何一月社保证明。经核查如为虚假材料的，一切责任由该公司承担。