厦门医保反欺诈宣教展厅参观预约申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **预****约****单****位****填****写** | **参观单位名称** |  | **参观人数** |  |
| **随团负责人** |  | **联系方式** |  |
| **参观日期** | **年 月 日 时 分** |
| **参观目的和要求** （此栏设置目的是为了根据不同参观团体的不同需要，在讲解时有所侧重。如有特别需求，请详细填写此栏，谢谢您的合作。） **随团负责人签字： 单位盖章：**  |
| **备注** | 1.该申请表需提前5-7个工作日（不含参观当日）以电子邮件附件形式发送至邮箱：xmybj2017@126.com，并电话告知。 邮件主题必须为“ＸＸ（单位）预约Ｘ月Ｘ日ＸＸ人参观”2.如有疑问，请拨打电话咨询：小黄0592-5261668、小牛0592-2858313 |