附件

丽水市卫健委、红十字会购买“红十字救护师培训”服务报名表

供应商名称：（盖章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商名称 | 每日费用明细 | 有关要求 |
|  |  | 含学员每日食宿、教学场地、资料、证书、专家授课费等。 |
|  |  |

联系人： 联系电话： 日期：