附件1：

省本级2023年至2025年省本级职工大额医疗费用补助和省属在昆高校大学生大病补充医疗保险项目公开招标代理机构比选

申

请

函

代理机构名称（盖公章）：

法定代表人或其委托代理人（签字或盖章）：

地址：

联系人： 联系电话：

日期：