北京康华中西医发展基金会

“爱心云柜”项目参与申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 医院等级 |  |
| 部门 |  | 负责人（联系电话） |  |
| 邮箱 |  | 联系人（联系电话） |  |
| 申请领取“云柜” | 是□ 否□ | 申领数量 |  |
| 医院简介 |  | | |
| 申请理由 |  | | |
| 签字  盖章 | 姓名：  部门： | | |