

附件 2

四川省健康促进基金会 无偿捐赠设备申请表

申请单位名称			
地址			
法定代表人		联系电话	
设备名称		功能配置	
数量			
申报医疗机构意见： 年 月 日			
四川省健康促进基金会意见： 年 月 日			

所在市(州): _____ 县(市、区): _____