

附件2

四川省医药爱心基金会捐助设备申请表

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	
标准配置		软件名称	
申报医疗机构意见： 年 月 日			
四川省医药爱心基金会意见： 年 月 日			

所在市（州）：_____ 县（市、区）：_____