附件：

四川省医药爱心基金会

“川爱大病救助服务站项目”申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 医疗机构等次 |  |
| 地 址 |  | | |
| 分管负责人 姓名 |  | 分管负责人 职务 |  |
| 分管负责人  联系电话 |  | | |
| 联系人 姓名 |  | 联系人 职务 |  |
| 联系人电话 |  | | |
| 单位意见 | (单位公章) 年 月 日 | | |
| 基金会意见 | (基金会公章) 年 月 日 | | |