



中华慈善总会  
“慈善医疗阳光救助工程”办公室  
二〇二一年 输血式帮扶项目申请表

申请单位名称：		单位级别：			
承担社会救助工作： 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>					
地址：			联系人邮箱：		
负责人姓名：			联系电话：		
联系人姓名：			联系电话：		
申请单位概况	经营范围		医院概况		
申请设备（可填写多项）					
序号	设备名称	型号	数量	地方政府中标参考价	申请捐赠额度（不超过30%）
1					
2					
3					
4					
5					
备注					
申请单位签章			中华慈善总会“慈善医疗阳光救助工程”办公室审批意见		
注：以下请附申请单位相关资质，此表复印有效，可另附设备申请清单。					