**“多功能儿童输液椅”捐赠申请表**

时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位 |  |
| 通讯地址 |  |
| 法人代表 |  | 联系电话 |  |
| 负责人 |  | 联系电话 |  |
| 儿科年门诊人数 |  | 年营收额 |  |
| 申请数量 |  |
| 医院情况介绍 |  |
| 申请原因 |  |
| 申请单位意见 |  法定代表人签字：(公章) |