**物资捐赠申请表**

时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院等级 | |  | | |
| 医院地址 |  | | | | | |
| 法定代表人 |  | | | | | |
| 医院联系人 |  | 联系电话 | |  | | |
| 年门诊人数 |  | 年住院人数 | |  | | |
| 病床数量 |  | 年营收额 | |  | | |
| 病理科建设  情况 |  | | | | | |
| 申请需求 | 产品名称 | | 型号/  规格 | | 单位 | 申请数量 |
| 全自动免疫组化染色机 | | 型号：YY-24 | | 台 |  |
| 巴氏染色液 | | 规格：96人份/盒 | | 盒 |  |
| p16/Ki-67 检测试剂盒（免疫细胞化学法） | | 型号：YY01；  规格：24人份/盒 | | 盒 |  |
| 液基细胞处理、保存试剂 | | 型号：YY07  规格：96人份/套 | | 套 |  |
| 申请单位  意见 | 分管领导签字：  (公章) | | | | | |

注：1、请对照公告信息填写；

2、各院按要求填好后将最终申报书盖章后邮寄至湖南省人口健康福利基金会，同时请发送电子版报表至电子邮箱hnsrkjkfljjh@163.com；