**“联心助医计划”受赠需求申报表**

省 市 县（盖章） 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受援单位名称 | 地址/邮编 | 联系人 | 区号/电话/手机 | 编号A-L项 | |
| 编号 | 数量 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1、请对照捐助设备将编号填入表格；

2、各省（自治区、直辖市）可根据实际申报情况增加表格行数，将最终申报报表盖章后传真至010-62133818，同时请发送电子版报表至电子邮箱lxzyjh@126.com。