临沂市关心卫计事业发展单位申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 单位性质 |  | 所属系统 |  |
| 单位负责人 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 简要事迹 | | | |
|  | | | |
| 单位意见 | （盖章）  签字： 年 月 日 | | |