爱心防护服申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | |
| 机构地址 |  | | |
| 联系人 |  | 职务 |  |
| 联系电话 |  | 联系邮箱 |  |
| 申请理由（请简述申请理由）  机构名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  机构盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2020年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日 | | | |