**全国老干部健康优质产品活动联络处**

**全国老干部健康事业健康优质产品活动联络处申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | | | | | | |
| 联络处地址： | | | | | | | |
| 申请单位简介： | | | | | | | |
| 申请理由： | | | | | | | |
| 联络处场所简介： | | | | | 申请人与当地政府和社会资源的说明 | | |
| 其他补充： | | | | | | | |
| 申请人姓名  （签字后盖手印） | |  | 电话 |  | | 邮箱 |  |

注：申请信息须如实填写，如有不实将承担相应责任。

全国老干部健康事业评审办公室