**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