附件2

**集善残疾儿童助养项目**

**“集善校园安全包”项目申请表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申请单位 | 单位名称 |  |
| 详细地址 |  | 邮编 |  |
| 项目联系人 |  | 邮箱 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  |
| 申请内容 | 我单位今特向山西省残疾人福利基金会申请集善校园安全包 个。（单位盖章）：申请日期： |
| 备注 |  |

说明：收到捐赠物品后请于7日内将本表邮寄至山西省残疾人福利基金会