附件1

**护爱基金省级合作基地申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | |
| **法人代表** |  | **职 务** |  | **电 话** |  |
| **手 机** |  | **E-mail** |  |
| **联系人** |  | **职 务** |  | **电 话** |  |
| **手 机** |  | **E-mail** |  |
| **联系地址** |  | | | **邮 编** |  |
| **申请单位签章** | | | **中国社会福利基金会护爱基金签章** | | |
| 中国社会福利基金会护爱基金：  经研究，我单位决定申请设立 “护爱基金合作基地”，并保证遵守项目宗旨，坚持公平公正公开的原则，维护护士权益，关爱护士身心健康，支持护士帮助他人。单位委派 同志为本单位代表，请予审批。  单位（盖章）  年 月 日 | | | 单位（盖章） | | |

请填写完成后，将加盖公章的申请表扫描件，发送至我会邮箱：Cy@carenursefund.org.

联系人：曹芸 联系电话：15001168540