**明基金-基础卫生建设项目**

**申 请 表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 申请人 |  |
| 申请时间 |  | 需求时间 |  |
| 申请原因 |  | | |
| 申请目的 |  | | |
| 申请内容 |  | | |
| 签字确认（申请人）：  年 月 日 | | | |