**江西省红十字基金会“睛明强赣”公益项目申请批复表**

|  |
| --- |
| 单位名称（加盖公章） |
| 法人代表 |  | 通讯地址 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 擅长领域 |  |
| 从事公益项目执行经验 |  |
| 申请理由 | 填写申请理由，后附项目医院资质材料、执行计划、预算表、公益记录等材料。如位置不够请自行调整表格。 |
| 江西省红十字基金会审批意见（签字、盖章） |  |
| 湖南爱眼公益基金会审批意见（签字、盖章） |  |
| 备注 |  |