**2014年深圳市“银龄行动”服务单位申请表—社区**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **负 责 人** |  | **职 务** |  |
| **联系手机** |  | **联系邮箱** |  |
| **社区居民人数** |  | **预计到场人数** |  |
| **所在区域** | 区 街道 | | |
| **义诊详细地址** |  | | |
| **义诊时间** | 年 月 日 时至 时（2小时） | | |
| **单位的服务需求：**   1. **设备需求：** 2. **科目需求：** 3. **其他需求**   **相关建议：**  **单位盖章：**  **年 月 日** | | | |

地址：福田区新城大厦西座1313室 联系电话： 0755-83284816 83284109