附件2

互助健康行·公益讲堂申请表

申请单位：（盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公益讲堂活动时间： 年 月 日 | | | |
| 公益讲堂活动地点： | | | |
| 参加人数： | | | |
| 公益讲堂宣讲课题 |  | | |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | |

注：参加互助健康行·公益讲堂的单位必须为职工互助保障会员单位