**口罩领取申请表**

单位（盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **数 量**  | **经办人****（联系电话）** | **单位负责人** | **备 注** |
|  |  |  |  |  |