附件2

**息烽县慈善会单位会员入会申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位类别 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 网 址 |  | 传 真 |  |
| 单位法定代表人 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 工作电话 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 单位联系人 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 工作电话 |  | 部门职务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 单位声明 | 本单位自愿加入息烽县慈善会，承认并遵守其章程，愿为息烽县慈善事业贡献一份力量。单位法人签名：年 月 日 |
| 慈善会审核意见 | （盖章）： 年 月 日 |