**智慧膳食管理工具受赠申请表**

**本公益项目由中国健康促进基金会营养促进专项基金支持**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | **单位** | |  |
| **职务/职称** |  | **联系电话** | |  | |
| **地 址** |  | | | | |
| **从事工作介绍（100-150字）** |  | | | | |
| **计划使用场景** |  | | | | |

**本项目为公益项目，请认真填写申请表格，并发送至邮箱：NPSF2020@126.com；**

**公益项目咨询：王 鑫 13581836884、13581836884@163.com；**

**工具申请咨询：陈淑蓉 13718726483、csrlu@qq.com；**