附件3

“小善举·大爱心”慈善募捐汇总表

市州卫生计生委（盖章） 联系人： 电话：

|  |
| --- |
| 市本级各单位： |
| 序号 | 单位名称 | 单位捐款（元） | 个人捐款（元） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 所辖县市区： |
| 县市区名称 | 单位名称（含乡镇卫生院和社区卫生服务中心） | 单位捐款（元） | 个人捐款（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |