附件4

2020年度广西助盲“听”世界--网络智能音箱捐赠项目

盲人保健按摩机构签领表

 （单位名称及公章） 填报日期： 填报人：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **盲人保健按摩机构名称** | **法人姓名** | **盲否** | **证照编码** | **邮寄地址** | **联系电话** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 2 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 3 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 4 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 5 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 6 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 7 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 8 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 9 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |
| 10 |  |  |  |  |  |  | **以邮寄方式签领** |