**市计生协2023年**

**暖心家园健康行项目**

**申 报 表**

**项目名称：**

**申报单位：**  (盖章)

**项目指导单位 ：**

**申请日期：**  年 月 日

项目申请单位：

联系地址： 邮编：

开户银行： 行号：

户 名：

帐 号：

单位主要领导： 职务/职称：

联系电话： 电子邮箱：

QQ： 微信：

项目负责人： 职务/职称：

联系电话： 电子邮箱：

QQ： 微信：

填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目申请单位情况** | **单位简介：** | | | | | |
| **机构情况** | | **人员情况** | | | |
| 是否3A以上评估等级 | | 是否有专业人员配置（医师、律师、心理咨询师、社工师等） | | | |
|  | |  | | | |
| **承接公益项目情况** | 是/否承接或组织过公益服务项目： | | | | | |
| 项目名称： | | | | | |
| 执行时间： | | | | | |
| **目标人群** |  | | | | | |
| **预期目标** | （项目点预期定性、定量目标） | | | | | |
| **项目背景条件** |  | | | | | |
| **项目活动计划** |  | | | | | |
| **经费预算** | 支出内容 | 金额  （万元） | | 预算明细 | |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
|  |  | |  | |
| 共计 |  | | | |
| **项目执行单位意见** | 领导签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | | |
| **市计生协意见** | 领导签字： （单位盖章）  年 月 日 | | | | |