附件

**医心守护儿童成长公益项目**

**医务社工（试点）申请表**

|  |
| --- |
| **机构基本信息** |
| 机构全称 |  |
| 所在地 | XXX省XX市XX县 |
| 成立时间 |  | 法定代表人 |  |
| 儿科年门诊量 |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 机构简介（字数不超过300字） |
| 所获荣誉（2022年度-2024年度） |
| **联系人信息** |
| 姓 名 |   | 职 务 |  |
| 电 话 |  | 手 机 |  |
| 传 真 |  | 邮 编 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 通信地址 |  |
| **项目申请** |
| 简要概述医院在医务社工方面经验做法、实际需求等（字数不超过300字） |
| **拟选定医务社工人员信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 年 龄 |  | 身份证号 |  |
| 学 历 |  | 毕业院校 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 持有何种证书 |  |
| 补贴金额 |  元/月（税后） |
| 参考依据 |  |
| 所在医院意见 | （是否同意申请）**我医院承诺提供的信息资料真实有效，同意参加“医心守护儿童成长法”公益项目项目，将按照项目要求实施，认真做好医务社工全程管理。** （盖章）  年 月 日 |
| 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 附件：1.机构简介；2.机构法人登记证书或信用报告等（电子版）；3.拟选定医务社工身份证；4.拟选定医务社工执业证书、职称等有效证明资料。**注：如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权终止资助、追回全部资助款，并追究相关法律责任。** |