附件2

**医务社工派驻活动申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构基本信息** | | | | |
| 机构全称 |  | | | |
| 所在地 | XX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** | | | | |
| 派驻科室 |  | | | |
| 工作安排 |  | | | |
| 医务社工既往经验 | 简要概述医院在医务社工方面经验做法等（字数不超过300字） | | | |
| 医务社工实际需求 | 简要概述医院在医务社工方面实际需求等（字数不超过300字） | | | |
| 其他 | □本院承诺支持医务社工在岗工作，支持其完成本院与中国人口福利基金会签订的合作协议约定的各项工作内容。  （同意请打勾） | | | |
| 所在医院意见 | **本院承诺此申报书填报的所有内容及提交的所有资料均真实、合法、有效，并承诺在项目申请及实施过程中遵守中国人口福利基金会的项目相关管理，接受项目监管、审计和评估，承担相应责任。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 | | | |
| 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）。  **注：**  **1.如有任何造假、虚构情况，中国人口福利基金会有权解除合作协议，并追究相关法律责任。**  **2.以上资质证明材料需提供电子版和纸质版。电子版申报书与证明材料需在规定时间内上传邮箱wangsichen@cpwf.org.cn；审核通过后申报书与证明材料快递至中国人口福利基金会（北京市海淀区大慧寺路12号人发楼505 王思臣 电话：010-62179760）** | | | | |