**附件1、上海市唯爱天使义工联盟公益项目推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | | | | 每次参与的志愿者数 | | |  |
| 项目类别 | □医养结合类，□医教结合类，□导医，□其他，请注明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| 推荐单位 |  | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 负责人姓名 |  | | 手机 |  | | | | 邮箱 | | |  | |
| 指导教师 |  | | 手机 |  | | | | 邮箱 | | |  | |
| 主要服务对象 | |  | | | | | | | | | | |
| 主要服务内容 | |  | | | | | | | | | | |
| 服务所在基地 | |  | | | | | | | | | | |
| 服务频率 | |  | | | | 每次志愿服务时间（小时） | | | | | |  |
| 项目介绍（300字，并提交1张该服务项目高清照片jpg，附本表一同上交）： | | | | | | | | | | | | |
| 如入选联盟公益项目，该项目符合以下要求：1、项目在各基地常态化开展，2、通过唯爱联盟的网站完成每次公益项目的发布（天使召集令）、志愿者招募，志愿者签到，并在完成项目的3天内上传通讯报道至唯爱联盟网站。3、公益项目的志愿者招募形成跨校趋势，联盟成员单位的志愿者都可参与。4、每季度根据附件2的要求以项目为单位提交材料至唯爱联盟，并领取公益经费。 | | | | | | | | | | | | |
| 推荐单位意见：    签字 （盖 章）  年 月 日 | | | | | 联盟审批意见  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | |

上海市唯爱天使义工联盟制表

电子版发送至邮箱weiaiyigong@126.com，邮件命名：项目推荐表+项目负责人+单位，纸质版签字盖章后寄到上海市赤峰路50号同济大学医学院主楼504，联系人：朱雯晴，电话65984641或传真到021-65984641。