**附件2、上海唯爱天使义工联盟公益项目小结**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公益名称 |  | 所在基地 |  |
| 服务内容 |  | 服务类型 |  |
| 服务类型 | □医养结合类，□医教结合类，□导医，□其他，请注明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 负责人 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 公益开展情况(栏目不够的请自行增加) | 时间 | 地点 | 服务内容 | 志愿者数（人） | 受益人群（人） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 公益开展情况介绍（300字左右） |  |
| 公益开展网络使用自评 | 是否通过唯爱天使义工联盟网络平台完成以下工作？完成的请在对应□内涂黑■，未完成的不做标记。□公益服务发布 □公益服务志愿者招募，□通讯报道上传网站 □本公益服务中有≥2个不同医学院校学生参与 |
| 图片材料 | 图片以电子文档形式报送，请勿粘贴在本文档内。主要为展示项目服务执行的场景和特写，画面中体现青年志愿者、典型服务对象、心手标识、活动主题等，不选送志愿者个人照。要求：（1）每次提交5张。（2）5张照片中包括一张小组团队合影（3）200KB以上，像素1000×1000以上。（4）JPG格式，请按以下文件名重命名。（5）这些照片请jpg格式放到文件夹中，与本小结材料一起打包发送weiaiyigong@126.com。 |
| 文件名 | 图片解说（每图不超过20字） |
| 01.jpg |  |
| 02.jpg |  |
| 03.jpg |  |
| 04.jpg |  |
| 05.jpg |  |

**重要贴士：****按下列提交材料时间之前将电子版材料发送至邮箱weiaiyigong@126.com****。邮件命名**：**项目名称+项目负责人+小结。凭本纸质材料提交唯爱义工联盟领取公益经费，原则上每个公益项目500元，根据开展情况增加或减少。提交材料时间是： 1月11日，4月11日，6月11日（因暑假，故提前），9月11日。12月11日。联络人:朱雯晴，联系电话：65984641，地址：上海市赤峰路50号同济大学医学院主楼504**

**附件3、上海唯爱天使义工联盟公益项目费用明细**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 公益名称 |  | 所在基地 |  |
| 服务内容 |  | 服务类型 |  |
| 服务类型 | □医养结合类，□医教结合类，□导医，□其他，请注明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 负责人 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 指导教师 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 经费使用情况(栏目不够的请自行增加) | 时间 | 服务内容 | 人数 | 费用内容 | 费用（元） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  合计 |  |
| 成员单位意见 | 签字：盖章： |

**重要贴士：****附件3与附件2需一同上交，下列提交材料时间之前将电子版材料发送至邮箱weiaiyigong@126.com****，邮件命名**：**项目名称+项目负责人+小结。凭本纸质材料和发票（发票抬头请开：同济大学）提交唯爱义工联盟领取公益经费，原则上每个公益项目500元，根据开展情况增加或减少。下次提交材料时间是： 1月11日，4月11日，6月11日（因暑假，故提前），9月11日。12月11日。联络人:朱雯晴，联系电话：65984641，地址：上海市赤峰路50号同济大学医学院主楼504**