附件

广东省卫济医学发展基金会

2025年基层医疗单位帮扶项目申报书

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称: |  |
| 申报单位: |  |
| 项目负责人: |  |
| 所在科室: |  |
| 联系方式: |  |
| 电子邮箱: |  |
| 填报日期: |  |

广东省卫济医学发展基金会

二〇二五年制

一、申报项目基本情况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **基本****信息** | 项目名称 |  |
| 起止时间 |  |
| **项目****负责人** | 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 身份证号码 |  |
| 所在单位及科室 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **承担****单位** | 单位名称 |  | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  |
| **项目****联系人** | 姓名 |  | 联系电话（手机） |  |
| 办公电话 |  | 电子邮箱 |  |
| **申报单位类别** | □帮扶单位 □被帮扶单位  |

二、申报单位简介（限1000字）

|  |
| --- |
|  |

三、帮扶内容简介

|  |
| --- |
|  |

四、帮扶活动计划/需求表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 帮扶活动名称 | 开展时间 | 开展地点 | 主要内容 | 预期目标 | 备注（其他需求） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
|  5 |  |  |  |  |  |  |
|  6 |  |  |  |  |  |  |

五、项目效益及预期目标（包括预期帮扶覆盖地区和机构数量、帮扶活动场次数等）

|  |
| --- |
|  |

七、项目经费预算表（此表仅需申报单位为帮扶单位的申报人填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **总经费** | **万元** | **申请本基金经费** | **万元** | **自筹经费** | **万元** |
| **科目名称** | **预算（万元）** | **备注（计算依据与说明）** |
| 合计 |  |  |
| 1.设备费 |  |  |
| 2.材料费 |  |  |
| 3.测试化验加工外协费 |  |  |
| 4.燃料动力费 |  |  |
| 5.差旅费 |  |  |
| 6.会议费 |  |  |
| 7.出版/文献/信息传播/知识产权事务费 |  |  |
| 8.租赁费 |  |  |
| 9.合作费 |  |  |
| 10.国际合作与交流费 |  |  |
| 11.专家咨询费 |  |  |
| 12.人员劳务费 |  |  |
| 13.管理费 |  |  |
| 14.其它 |  |  |
| 对经费预算的其他说明: |

八、项目负责人承诺书及审核意见

|  |
| --- |
| **项目负责人承诺书** |
| 本人代表项目工作组，保证本申请书填报内容真实、准确。如果获得立项，我将履行项目负责人职责，切实保证经费使用合法、合规，按计划认真开展项目工作，按时报送有关材料，若填报失实或违反有关规定，本人将承担全部责任。项目负责人（签字）：  年 月 日 |
| **申报单位意见** |
| 单位负责人（签章）： 单位（公章或代章） 年 月 日 |

八、附件（如提交附件则填写附件目录，若无则不填）

|  |  |
| --- | --- |
| **附件序号** | **附件名称** |
|  |  |
|  |  |