**2014年中央补助重大公共卫生项目**

**重庆市社区组织参与艾滋病防治项目申请书**

**□管理类 □活动类**

项目名称：

申请经费： （元）

申请单位：

项目负责人： （签字）

联系地址：

邮政编码：

联系电话：

电子邮件：

合作单位：

联系地址： 邮编：

填报日期： 年 月 日

**填表说明：**

1. 凡是申请作为2014年中央补助重大公共卫生项目重庆市社区组织参与艾滋病防治项目实施单位，均需要填写此表。
2. 填表前请仔细阅读本次招标公告中提到的相关条款。
3. 申请活动内容必须与艾滋病防治工作密切相关，要有明确的目标人群和受益人群的相关信息。
4. 逻辑思路清晰，预期目标明确量化，活动方式明确、内容详细，要有明确的项目活动安排、实施步骤、经费预算和时间表。
5. 经费标准不得超过项目规定的范围，本次招标不支持硬件设施的购买。
6. 预算真实合理、依据清楚。

一、投标机构/组织和项目的一般情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 | | （有公章的加盖公章/负责人签字） | | | | | | | | | | | | |
| 地址/  邮编 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 员工数量 | |  | | 专职人数 |  | | 兼职人数 | |  | | 志愿者人数 | | |  |
| 联 系 人 | |  | | 电话/手机 |  | | | | 电子邮件 | | |  | | |
| 申请金额(元) | | | | | | 执行时间 | | 年 月至 年 月 | | | | | | |
| 主要覆盖的目标人群及数量： | | | | | | | | | | | | | | |
| 项  目  组  主  要  成  员 | 姓名 | | 所在单位（机构）名称 | | | | | | | 项目分工 | | | 签字 | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | |
|  | |  | | | | | | |  | | |  | |
| 项目申请书摘要（主要内容包括：背景、目的、执行时间、执行地点、目标人群、主要活动、指标。300字以内）： | | | | | | | | | | | | | | |

二、项目申请书的主要内容

|  |
| --- |
| 1. 背景与意义（提示：简述项目地区的问题及情况，目标人群的需求及特殊问题，已经开展的活动，拟开展的活动，开展活动可能的条件等） 2. 项目目的（提示：为什么要做，要达到什么目的）   3．项目主要覆盖的目标人群及其数量（将覆盖哪些目标人群，数量是多少）  4. 项目主要活动（开展哪些具体活动，包括：活动时间、地点、参加人员、活动的内容、方法、开展的次数等信息，特别要体现目标人群参与）  5. 项目质量保证（如何确定已达到预定目标？如何测量达到的结果？活动结果对目标人群的影响如何？）  6．项目风险分析（项目执行过程中可能存在哪些风险，避免和解决风险的有效措施） |

三、项目工作基础

|  |
| --- |
| 1. 投标机构/组织执行能力和既往相关工作情况描述（包括机构的人员与设施等配置，曾经实施过哪些项目活动，这些活动的资金来源、主要内容以及覆盖的主要目标人群等信息）  2. 是否有其它经费支持（本次申请的活动，是否有其它资金的支持？资金来源和额度？）  3. 项目负责人及主要执行人工作经历 |

四、项目的进度安排、活动、产出和预算

（预算总额应与此项目书中的申请金额相一致）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 时间  （月份） | 活动  名称 | 活动  内容 | 产出 | 预算 | | | |
| 支出  类别 | 单价 | 数量 | 合计（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 合计 | | | | | | |  |

注：本表格可根据需要增减行及页码。

五、投标机构/组织账户信息（同时需提交财务管理单位相关资料复印件，如组织机构代码证。）

|  |  |
| --- | --- |
| 帐户信息（托管机构账户信息） | |
| 开户银行 |  | |
| 开户单位名称 |  | |
| 账号 |  | |

六、申请及合作机构意见

|  |
| --- |
| **意见：**  **申请单位负责人签名： （单位盖章）**  **年 月 日** |
| **意见：**  **合作单位负责人签名： （单位盖章）**  **年 月 日** |
| **意见：**  **托管单位负责人签名： （单位盖章）**  **年 月 日** |

七、专家评审意见

|  |
| --- |
| **意见：**  **专家签名：**  **年 月 日** |

八、重庆市卫生计生委意见

|  |
| --- |
| **意见：**  **年 月 日** |

表格可自行制作，一律用A4复印纸打印上报