**全国卫生健康行业心理健康/无偿献血/器官捐献青年志愿服务总队申报表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **组织名称** |  | | | | |
| **主管部门（单位）** |  | | | | |
| **申报类型** | **□心理健康 □无偿献血 □器官捐献** | | | | |
| **成立时间** | **年 月** | | | **人 数** |  |
| **主要服务内容** |  | | | **35周岁及以下人数占比** |  |
| **是否登记** |  | **统一社会信用代码** | | |  |
| **负责人姓名** |  | **性 别** |  | **单位及职务** |  |
| **通讯地址** |  | | | **邮 编** |  |
| **手机号码**  **（微信号）** |  | | **电子邮箱** |  | |
| **团队简介**  **（1000字以内）** |  | | | | |
| **团队（项目、个人）**  **所获主要荣誉** |  | | | | |
| **所在（挂靠、推荐）单位意见** | **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | |

注：1.面向全国卫生健康行业、高等院校、科研院所、社会组织及社会各界；

2.心理健康总队邮箱：xljkqnzyfwzd@163.com

无偿献血总队邮箱：wcxxqnzyfwzd@163.com

器官捐献总队邮箱：volunteer@cotdf.org

3.此表可自制。