“耆关爱，乐健康”长者义务导师巡回培训计划申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | |
| 广州义工联单位会员：是□ 否□ | | | | |
| 机构地址 |  | | | |
| 联系人 |  | | 联系人职务 |  |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 申请讲座 | 主题1： ,时间：xx 月 xx日 | | | |
| 培训计划 | 预计参与人数 |  | | |
| 招募形式 | *(请详细注明将以何种形式招募参与人员)* | | |
| 讲座地址 |  | | |
| 是否招募义工 | □是*（请注明招募人数和负责的内容）* □否 | | |
| 场地已有配置 | □场地 □投影 □麦克风 □电脑 □白板 □白板笔 □纸张  □桌子 □椅子 □其他 | | |
| 是否推荐长者义工参与“义耆来，更精彩”长者导师沙龙 | |  | | |
| 备注说明 | *（若对讲座有特殊需求,或现阶段机构发展有困难,亟需改善的,请在此处做具体文字说明。）* | | | |
| 机构承诺  本机构已细阅及明白《“耆关爱，乐健康”长者义务导师巡回培训计划公告》，同意遵守计划合作所有细则，并确保所填资料真实有效，根据要求，按计划完成全部“耆关爱，乐健康”长者健康巡回讲座的服务工作。  申请机构负责人姓名： 职务：  申请机构负责人签名： 日期： | | | | |

注：请有意参与本服务项目者于2017年5月5日前将此表（电子版）发[送到邮箱gvuzzz@126.com](mailto:送到邮箱gvuzhangzhefuwu@126.com)，联系人：郭社工，86479020