省人口健康福利基金会99公益日合作伙伴申请表

时间：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请组织名称 |  | | | | |
| 是否注册备案 | 否□ 是□，备案号： | | | | |
| 组织成立时间 |  | 邮箱 |  | | |
| 办公地址 |  | | | | |
| 负责人姓名 |  | 电话 |  | 微信号 |  |
| 贵组织  服务对象 |  | | 目前直接  服务的数量 |  | |
| 贵组织目前的资助方 | （名称、资助周期、金额） | | | | |
| 2019年目标  筹资额 |  | | 志愿者人数 |  | |
| 贵组织的  简要介绍 | （组织发展简史、工作团队、最近一年的资金总量和运营成本、计划上线筹款项目简介等等） | | | | |