附件：

**2024年“福彩情.乡村振兴启智——八桂慈善爱心图书室”项目学校申请表**

 日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| **申请学校全称** |  |
| **学校所在详细地址** | (省/自治区/市) |
| **学校驻地城乡类别** | 🞏 城区 🞏乡（镇）🞏 村 |
| **学校所属主管教育行政部门名称** |  |
| **学校性质** | 🞏全日制公办学校🞏全日制民办学校🞏全日制私立学校🞏其他（须注明） |
| **组织机构代码证号**  |  | **建校年月** |  |
| **学校法人登记证号**  |  | **学校学制** |  |
| **学校校长** | 姓名 |  | 办公电话 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| **学校传真号码** |  | **邮政编码** |  |
| **在校教师人数** |  | **在校学生人数** |  |
| **在校教师学历** | 硕士：人本科：人大专：人其他：人 | **学校类别** | 🞏全日制小学🞏全日制初中🞏全日制高中 |
| **学校是否有图书室** | 🞏有🞏无 | **申请图书类型** | 🞏小学🞏初中🞏高中 |
| **申请方承诺** | 1.为图书室制挂牌匾（由项目办提供模板）2.能够提供图书室需要的场地、桌椅、书架等。3.保证图书室向师生开放，并安排专人负责管理，积极开展形式多样的读书活动。 |
| **学校简介：**（字数不要少于200字，可另附纸） |
| 广西慈善总会：经研究，我校申请作为“福彩情.乡村振兴启智——八桂慈善爱心图书室”项目的候选学校，并确保积极配合援助单位做好各项工作，望把我校列入“福彩情.乡村振兴启智——八桂慈善爱心图书室”设立学校，请批准。校长签字： 学校盖章： 年 月 日 |
| **广西慈善总会审核意见：**负责人签字： 单位盖章： 年 月 日 |
| 备注: 随表格附组织机构代码证和学校法人登记证复印件 |

**此表请寄：广西慈善总会**

地址：南宁市青秀区长虹路1号广西壮族自治区民政厅办公楼1楼114室

联系人：梁思林 电话：0771-2622554 邮箱：gxcszh2013@163.com