**基层医务人员心理健康关爱活动方案及预算**

1. **项目实施周期：**

2025年 月 日至 月 日

1. **项目目标**
2. **项目内容：**
3. **项目计划：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 活动名称 | XX月第 周 | XX月第 周 | XX月第 周 | 场次总计 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **项目预算：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **活动内容** | **费用类别** | **单价（元）** | **数量** | **小计（元）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **费用总计（元）** | | | |  |

机构名称（加盖公章）：XXXX

2025年XX月XX日