**河南省研究型医院学会分支机构会议审批表**

**申请单位：XXX专业委员会 申请日期： 年 月 日**

**联 系 人： 联系电话：**

|  |  |
| --- | --- |
| **会议名称** |   |
| **继教项目编号** |   |
| **会议地点** |   | **会议时间** |  年 月 日 |
| **会议形式** | □线上（ 不限 人） □线下（ 人）  |
| **会议类型** | □培训班 □学术会议 □其它 |
| **主办单位** | 河南省研究型医院学会 |
| **承办单位** | 河南省研究型医院学会 XXX专委会，XXXX医院 |
| **会 议****主 要****内 容** |  |
| **邀请领导出席** | □是（备注 ） □否 | **出席时间** |  |
| **资金来源** | □企业赞助□参会人员缴费□其他（请写明）  | **赞助资金****入账单位** | □学会□其他 |
| **收注册费** | □是 否 |
| **支出概算表请提交财务** |
| **会务平台** |  |
| **分支机构主任委员意见** |  签字 年 月 日 |
| **分管副秘书长****意 见** |  签字 年 月 日 |
| **秘书长****意 见** |  签字 年 月 日 |
| **副会长****意 见** |  签字 年 月 日 |
| **会长意见** |  （盖章） 签字 年 月 日 |

**备注：此表审批后，报备学会办公室留存。**