**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。**