铜川市医学会学术会议项目申报表

填表时间: 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 | |  | | | | | | | | | |
| 办公地址 | |  | | | | | | | | | |
| 主办分会 | |  | | | | 分会主委 | |  | | | |
| 联系人 | |  | | 办公电话 | |  | | 手机 | |  | |
| 项目名称 | |  | | | | | | | | | |
| 项目  负责人 | |  | 联系电话 | |  | | | | 协办单位 | |  |
| 项目形式 | |  | | | 参加人数 | | | | | |  |
| 项目起始时间 | |  | | | | | 项目地点 | | | |  |
| 项  目  内  容 | (概述项目主题、目的、意义，组织工作情况，最后成果等) | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目经费预算 | | | | | | | |
| 项目预  算合计 |  | 其中自  筹资金 |  | 申请资助经费 |  | 其他  来源 |  |
| 单位意见：      (盖章)    年 月 日 | | | | | | | |
| 医学会意见：  负责人：    年 月 日 | | | | | | | |