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 |