附件2

省级医药卫生系统专科学会学术会议申报表

省级学会名称（盖章） 填表日期 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 会议名称 |  | 主办单位 |  |
| 开会时间及实质性活动学时数 | 自201 年 月 日至 月 日共 学时 | 项目负责人 | 姓 名 |  |
| 从事专业 |  |
| 会议地点 |  | 技术职务 |  |
| 收费标准 |  |
| 参加对象 |  |
| 学术会议主要内容（按学时列出） |  |
| 主办单位领导意见 |   签章： |
| 备 注 |  |

福建省继续医学教育委员会制表