

## 惠州市第六人民医院学术会议及短期技术培训班审批表

科 室		姓 名		联系电话		
职 称		本年度参会 次 数	省内： 次 省外： 次	申请人专业 方向		
会议名称			主办单位			
起止时间		地 点		交通方式		
经费来源	<input type="checkbox"/> 科教部预算经费 <input type="checkbox"/> 护理部预算经费 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
科室审查 意 见	1、与个人专长或学科特色相关（是 /否） 2、科室内有      位人员申请参加 3、同时参加其它会议（有 /无） 4、科室各项工作做好安排（有 /无） 5、科室负责人同意申请人要求（是 /否）			科主任/ 护士长 签 名		
业务主管 部门意见	年 月 日					
经费管理 部门意见	同意参加！回院后_____天内，需组织_____形式的学习分享，范围：_____，完成学习分享后再报销相关费用。  <div style="text-align: right;">签名：_____</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>					
经费管理部门 主管领导审批	年 月 日					
院 长 审 批 (省外会议)	年 月 日					

.....回院后（报销前）审批.....

科室审查	经确认，该同志已按要求完成了学习分享，如上级检查发现未按要求落实学习分享，科室愿意承担相应责任。	科主任/ 护士长 签 名	
经费管理 部门审核	同意按规定报销。	科主任 签 名	