**深圳市龙华区人民医院**

**继续医学教育外出学术会议申请审批表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **参加人员** | | **，共 人** | **申请科室** |  |
| **会议名称** | |  | **会议地点** |  |
| **论文名称（仅宣读论文填写）** | |  | | |
| **会议时间： 从 年 月 日 至 年 月 日 共 天** | | | | |
| **科室审核意见** | **科主任/护士长签名： 年 月 日** | | | |
| **职能科室及分管领导意见** | **医务科/护理部签名： 分管领导签名：**  **（仅限中层干部）**  **年 月 日 年 月 日** | | | |
| **科教科及分管领导意见** | **科教科签名： 分管领导签名：**    **年 月 日 年 月 日** | | | |

**备注：报帐时财务科根据申请审批表进行审核报销。**