



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	共 () 人		
联系电话		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"/> 医院培训费 <input type="checkbox"/> 科研项目经费 <input type="checkbox"/> 其他项目经费_____				
科室审查意见	(请对外出必要性做详细论证说明，否则不予审批) <div style="text-align: right;">科主任/护士长签名： 年 月 日</div>				
业务主管部门 (职能科外出由 分管院长审批) 意 见	(请业务主管部门对此次外出培训重要性、必要性作补充说明) <div style="text-align: right;">签名： 年 月 日</div>				
外出备案审批 (科教部)	同意参加！回院后_____天内，需组织_____形式的学习分享/汇报， 分享/汇报人群范围：_____，完成分享/汇报后再报销相关费用。 拟报销：培训费、差旅费。 <div style="text-align: right;">签名： 年 月 日</div>				
科教部 分管领导审批			省外会议 院 长 审 批		
		年 月 日			年 月 日

.....回院后（报销）审批.....

科室审查	该同志已按要求完成了学习分享/汇报，并留有培训/汇报资料，如上级部门检查发现未按照要求落实培训分享/汇报，科室愿意承担相应责任。	科主任/ 护士长 确认签名	
报销审批 (科教部)	同意按规定报销。	确认签名	