附件2

四省抗癌协会

2023年省级继教项目申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 市州抗癌协会专委会名称 会员单位  |  | 专委会主委经 办 人 |  |
| 项目负责人 |  | 项目负责人电话 |  |
| 项目名称 |  |
| 项目举办 起止日期 | 年 月 日—— 年 月 日，共 天。 |
| 拟申请分数 |  分。 |
| 参会人数 |  | 地 点 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  |
| 备 注 |  |

项目负责人签字: 专委会主委签字:

协会学术部经办人签字: 协会秘书长签字:

 备注：非专委会申请项目专委会主委处无需签字