附件：

**（盖章）医院学术下基层行动申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 下基层行动名称 |  |
| 计划时间 |  |
| 帮扶地点 |  |
| 开展形式 |  |
| 授课人/培训人 |  |
| 听课/接受培训  范围及人数 |  |
| 预计费用及来源 |  |
| 负责人（签字）/  电话 |  |
| 联系人/  电话 |  |