**四川大学华西口腔医院学术会议/讲座申报表**

华西口腔会议申报（201 - ）号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 会议中文名称 | |  | | | | |
| 会议英文名称 | |  | | | | |
| 举办日期 | |  | 会议主席或主持人 | | |  |
| 主办科室 | |  | 会议地点 | | |  |
| 会议规模  中方（含港澳台地区）：  外方（国别）：  与会人员范围： | | | | | | |
| 会议内容（应包括：会议背景、学术意义、讨论形式、演讲嘉宾、参会人员等相关信息）  ( 可另页打印 ) | | | | | | |
| 经费来源及预算： | | | | | | |
| 本院会议负责人签名：  联系电话：  年 月 日 | | | | | 本院会议经办人签名：  联系电话：  年 月 日 | |
| 主办科室意见：  科室负责人签名：  （单位盖章） 年 月 日 | | | | | | |
| **以 下 由 审 批 部 门 填 写** | | | | | | |
| 审  批  意  见 | 学科系    签发人： 年 月 日 | | | | | |
| 党办    签发人：  年 月 日 | | | 科研部    签发人：  年 月 日 | | |
| 学院领导  签发人：  年 月 日 | | | | | |

备注：申报学术会议须提前3个月将申报表提交到科研科；若需校级以上部门审批，将另行通知。