

安徽省人口健康基金会委托审批意见书

单位（盖章）：_____ 收文日期：_____

_年度_项目救助_人，共需资金_万元（人民币），请审核。	
市级项目官员 审核意见	经复核、抽查，该项目按年度计划执行，材料真实准确，符合救助条件，申报流程合规，同意实施并承担相应的监督责任。 签字：_____年____月____日
市级秘书长 审核意见	经对项目材料和复核、抽查流程的审查，该项目符合年度计划和申报条件，同意实施并承担相应的监督责任。 签字：_____年____月____日
市级协会领导 审批意见	经县级和本市对项目的审查复核，该项目符合相关要求，同意实施、报省基金会备案并承担相应的监督责任。 签字：_____年____月____日
省人口健康基金会备案确认	项目部审核： 资金部审核： 秘书长（签字）：_____年____月____日 负责人（签字）：_____年____月____日