**苏州市医学重点人才培养专项资金申请表**

填报单位（公章）${orgName} 填报时间：${applyDate}

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 赴国（境）外研修人员姓名 | ${userName} | 所在科室  及职务 | ${deptName}/${postName} | | |
| 职 称 | ${titleName} | 性 别 | ${sexName} | 出生年月 | ${userBirthday} |
| 研修所赴国家（地区） | ${studyCountry} | 研修起  止时间 | ${startDate}~${endDate} | | |
| 预计费用及  主要构成 | ${mainCompose} | | | | |
| 研修项目名称 | ${studyName} | | | | |
| 具体研修内容 | ${content} | | | | |
| 申请资助金额 | ${applyFee} | | | | |
| 所在单位  负责人签字 | ${sqPrincipal} | | | | |
| 市卫生局意见 |  | | | | |
| 市财政局意见 |  | | | | |

注：本表一式3份，苏州市卫生局、苏州市财政局和选派单位各留一份。