**山东省卒中学会**

**分支（代表）机构申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 拟设分支机构名称： |  |
| 通讯地址： |  |
| 联 系 人： |  |
| 电 话： |  |
| 传 真： |  |
| 电子信箱： |  |
|  |  |

山东省卒中学会组织部 制

**填 报 说 明**

1. 本申请表是申请山东省卒中学会成立分支（代表）机构的依据。填写各项内容须实事求是，表述明确严谨。

2. 申请表须用计算机以A4开本打印填报，报送一式2份。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 拟设立分支（代表）机构名称 |  | | |
| 主发起人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 主发起人单位及职务 |  | | |
| 挂靠单位 |  | | |
| 挂靠单位地址 |  | | |
| **成立的背景(指涉及的学科、专业或工作的发展现状和方向)** | | | |
| **成立的必要性** | | | |
| **业务范围和任务(请说明是否与其他社团组织业务范围相重叠)** | | | |
| **学术带头人、重要专业人士情况（姓名、单位、职称、业绩等，至少列出五人）** | | | |
| **专家群体的分布及****相关科研、教学或生产经营单位简况** | | | |
| **有关单位己开展过的相关活动，出版的刊物、论著，科技成果情况** | | | |
| **该机构****成立后的专职工作人员、经费来源、挂靠单位支持等情况** | | | |
| **履行学会内部民主程序情况：**  **该机构经山东省卒中学会第 次常务理事会议审议（同意/不同意）成立。** | | | |
| **学会意见：**  **以上内容全部属实，特申请（成立/不成立）该机构。**  **学会盖章**  **年 月 日** | | | |
| **备注：** | | | |