**昆明市医学会新组建成立专科分会申请表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拟成立专科分会名称 | | | | 昆明市医学会 专科分会 | | | | | |
| 成立该分会的意义、目的 |  | | | | | | | | |
| 市内外本学科及专业队伍建设发展情况 |  | | | | | | | | |
| 主要发起人  姓名 | 性别 | 出生年月 | 工作单位 | | 专业 | 职称 | 职务 | 联系电话 | 签名 |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 首位发起人情况 |  | | | | | | | | |
| 牵头单位意见 | 负责人签字： 单位盖章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 学术会务部意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 秘书长办公会意见 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 会长办公会审议结果 | 负责人签字：  年 月 日 | | | | | | | | |