**湖南省药学会**

**成立分支机构申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 拟设立机构名称： |  |
| 通 讯 地 址： |  |
| 联 系 人： |  |
| 电 话： |  |
| 传 真： |  |
| 电 子 信 箱： |  |
|  |  |

**湖南省药学会秘书处 制**

**填 报 说 明**

1. 本申请表是湖南省药学会申请设立分支机构的重要依据之一。填写各项内容表述须实事求是、科学严谨、精简准确。

2. 申请表须用计算机以A4开本打印填报，报送一式2份。文件模板可从湖南省药学会网站“下载中心”栏目中下载。

3. 申请表填好后，加盖挂靠单位公章，送至湖南省药学会秘书处。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 拟设立分支（代表）机构名称 |  | | |
| 主要发起人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 主要发起人工作单位及职务 |  | | |
| 拟成立分支机构挂靠单位 |  | | |
| 拟成立分支机构工作场所 |  | | |
| **拟设立分支机构的成立背景(指涉及的学科、专业或工作的发展现状和方向)**  建议：专委会设立要突现出本行业内或某个学科做得有极大影响、有特色、有优势的方面，并结合健康管理来取名，专委会的发展也是依据行业特色、专业优势基础来做到在本行业内带头作用，相关特色工作可参考【附件：拟设立专业委员会特色工作基本数据采集表填写】。 | | | |
| **拟设立分支机构成立的必要性（可结合本省实际情况）** | | | |
| **拟设立分支机构的业务范围和工作任务** | | | |
| **拟设立分支机构的主要发起人情况（姓名、性别、单位、职称、职务、社会任职、科研成就等，至少列出3人不同单位）** | | | |
| **拟设立分支机构成立后的主要工作人员、经费来源（用于开展本专委会活动）、挂靠单位支持等情况** | | | |
| **履行学会内部民主程序情况（本栏目学会填写）**  **1.秘书处意见：** | | | |
| **2.会长意见：** | | | |
| **3.常务理事会（理事会）意见：**  **该机构已经我会 届常务理事会（理事会）第 次会议审核同意成立。**  **（印章）**  **法定代表人签字： 年 月 日** | | | |

湖南省药学会 制