附件1

四川省康复医学会优秀分支机构申报表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分支机构名称 |  | | | | |
| 联系人姓名 |  | 手机号 |  | 电子邮箱 |  |
| 分支机构概况 | （包括但不限于分支机构构成、成立年份、人数等等） | | | | |
| 分支机构建设 | （包括但不限于学术、科普、下基层、工作会议等开展情况，举办时间在2024年11月1日~ 2025年10月31日） | | | | |
| 其他加分项 | （包括但不限于向学会或通过学会向行政部门建言献策、参加学会组织活动、完成学会交办任务等） | | | | |
| 分支机构确认 | （主任委员签字）  2025年 月 日 | | | | |
| 学会  审批意见 | 四川省康复医学会（盖章）  2025年 月 日 | | | | |