附件2：

广东省卫生经济学会分支机构/单位会员

审核意见表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分支机构/  单位会员名称 | |  | | | | | |
| 联系人 | |  | 电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 审核意见 | | 申报项目总数 个 同意 个 不同意 个 | | | | | |
| 同意名单 | | | | | | | |
| **序号** | **申报方向** | | **项目名称** | | **项目**  **负责人** | **单位** | |
| 1 |  | |  | |  |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |
| 4 |  | |  | |  |  | |
| PS:不够可加行 | | | | | | | |
| 不同意名单 | | | | | | | |
| **序号** | **申报方向** | | **项目名称** | | **项目**  **负责人** | **单位** | |
| 1 |  | |  | |  |  | |
| 2 |  | |  | |  |  | |
| 3 |  | |  | |  |  | |
| 4 |  | |  | |  |  | |
| PS:不够可加行 | | | | | | | |
| 以上情况为本分支机构/单位对2025年度广东省医疗卫生行业会计科研项目研究申请书的审核意见，确认无误。  分支机构负责人签名：  （单位公章）  2025年XX月 XX日 | | | | | | | |