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 |