

四川大学华西临床医学院接受第三方机构资助 资助员工因公出国（境）参加学术活动审批表

编号：

第三 方 机 构 及 资 助 信 息	第三方机构全称				
	第三方机构住所				
	社会组织类型		<input type="checkbox"/> 基金会 <input type="checkbox"/> 学会 <input type="checkbox"/> 协会 <input type="checkbox"/> 其他（请注明）_____。		
	业务范围				
	法定代表人		注册资金		
	业务管理部门		法人证书有效期		
	第三方授权联系人		联系电话		
	资助事项				
	出访日程安排		出访时间：		
往返路线：					
第三 方 机 构 承 诺	我机构自愿、无偿、无任何附加条件地向四川大学华西临床医学院提供如上表所述资助，并郑重承诺： 本资助行为将严格遵守国家及华西临床医学院的因公出国（境）规定。 本资助行为将严格按照本机构业务范围及章程规定开展学术交流活动。 本资助行为将严格遵照国家及华西临床医学院相关标准合法合规使用经费。 本资助行为将不组织到国境（外）名胜古迹、风景区游览，不安排集会、聚餐等。				
	第三方机构签章：		年 月 日		
国 合 办 意 见	初审意见：		负责人意见：		
	签字： 年 月 日		签字： 年 月 日		
行 政 分 管 领 导 意 见		行政分管领导意见：		党委分管领导意见：	
		签字： 年 月 日		签字： 年 月 日	

（请双面打印）

科室（部门）管理小组推荐受资助人选及意见:

经科室（部门）管理小组_____年_____月_____日集体讨论，同意推荐
_____参加此第三方机构资助的因公出国（境）学术活动，并已在科
室（部门）内进行科（部）务公开。

公示时间：_____年_____月_____日至_____年_____月_____日。

公示情况：公示无异议

公示有异议（请注明）：_____。

管理小组成员签字：

年 月 日

受资助人承诺

本人郑重承诺，严格遵守国家有关法律法规及四川大学和华西临床医学院的有关规定，严格按照学术活动批准期限、地点和日程等内容执行本次学术交流任务。本人承诺，不参加由第三方机构组织的国（境）外名胜古迹、风景区游览，不参加由第三方机构安排的集会、聚餐等。

本人签字：

年 月 日

因公出国（境）手续办理情况（国合办填写）:

填报因公出国（境）系统时间：_____确认出访期限：_____。

川大因公出国（境）批件号：_____。

经办人签字：

年 月 日

回院备案登记（国合办填写）:

提交学术活动小结时间：_____

实际出入境时间：出_____入_____。

经办人签字：

年 月 日

备注:

(请双面打印)

第三方机构资助四川大学华西临床医学院 员工因公出国（境）承诺书

一、我机构自愿、无偿、无任何附加条件地向四川大学华西临床医学院提供如上表所述资助，并郑重承诺：

二、本资助行为将严格遵守国家及医院的因公出国（境）规定。

三、本资助行为将严格按照本机构业务范围及章程规定开展学术交流活动。

四、本资助行为将严格遵照国家法律法规及华西临床医学院相关标准合法合规使用经费。

五、本资助行为将不组织到国境（外）名胜古迹、风景区游览，不安排集会、聚餐等。

第三方机构盖章

年 月 日