**通 知**

**各科室：**

 **现将××学术会议相关要求通知如下。**

**时 间： 年 月 日（周 ×）下午×时**

**培训地点：省人民医院××会议室**

**授课安排：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **时 间** | **授课题目** | **授课专家** |
|  |  |  |

**要 求：**

1.诚邀全院各级专业技术人员参会。

2.请参会人员着白大褂，提前10分钟入场签到，全程参会者将由系统审核认定，并统一授予院内学分。

3.根据实际要求另行添加。

 **××科室**

**年 月 日**

申请人确认签字： 日期：

科室负责人审批签字： 日期：