2022年浙江省继续医学教育项目备案表

所在单位 填表人： 电话： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目编号 | |  | | | 项目负责人 |  | | 联系电话 |  |
| 项目名称 | |  | | | | 举办形式 | | 线上🞎 线下🞎 | |
| 申办单位 | |  | | | 联系电话 |  | | 联系人 |  |
| 今年举办地点 | |  | | | 应授学分 |  | | 实授学分 |  |
| 今年举办起止日期 | | |  | | | | | 举办期限 |  |
| 明年举办起止日期 | | |  | | | | | 举办期限 |  |
| 拟招学员人数 |  | | | 其中面向基层单位人数 | | |  | 拟授学分 |  |
| 教学对象： | | | | | | | | | |
| 主办单位意见 | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 市继续医学教育委员会或省级医疗卫生单位意见 | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 浙江省继续医学教育委员会审批意见 | | | 盖章 年 月 日 | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | |