附件3:

**2019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 |  |
| 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： |
| 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 |