附件2

陕西省省级继续医学教育项目申报单位确认表

申报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 项目负责人 |  | | 联系电话 |  | 项目负责人 签字 |  |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 教学总学时数 |  | | | | 拟招学员数 |  |
| 举办时间 |  | | | | 举办地点 |  |
| 举办形式 | □ 学术会议 □ 学习班 □ 专题讲座 | | | | | |
| 拟举办方式 | □ 线下举办 □ 线上举办 □ 线上+ 线下举办 | | | | | |
| 拟收费标准 |  | | | | | |
| 申报单位意见 | | 盖 章 年 月 日 | | | | |
| 市卫生健康委  （市继续医学教育委员会）意见 | | 盖 章 年 月 日 | | | | |
| 备注 | |  | | | | |