**青海省继续医学教育项目举办备案表**

**主办单位： （盖章） 填表日期： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 项目编号 |  | 负责人 |  | 主持人 |  |
| 举办时间 |  | 举办地点 |  | 举办方式 |  |
| 教学对象 |  | 参加人数 |  | 授予学分 |  |
| 主要内容 |  |
| 单位意见 | 按照青海省卫生健康委、继续医学教育办公室学术会议（继续医学教育项目）举办流程举办 项目负责人签字： 日 期： |
| 市（州）卫生健康委 |  |
| 省继教办意见 |  |
| **备案号** |  20 年 青继教办(审核机构简称) 第 号 |

经办人： 手机号码：