附件1

福建省省级继续医学教育项目申报表

填表单位（盖章） 填表日期 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目类别 | 培训班□ 学术会议□  |
| 学科分类（附件3） |  | 学科代码（附件3） |  |
| 主办单位 |  | 教学(参会)对象 |  |
| 项目活动时间及实质性活动学时数 | 自201 年 月 日至 月 日共 学时 | 项目负责人 | 姓 名 |  |
| 从事专业 |  |
| 项目活动地点 |  | 技术职务 |  |
| 联系人及电话（必填） |  | 计划参加人数 |  |
| 主办单位师资教学条件 |  |
| 项目活动主要内容及在省内外学术地位 |  |
| 项目活动教学计划（按学时列出） |  |
| 主办单位领导意见 | 签章： |
| 设区市卫生计生委（或所属学<协>会）意见 | 签章： |
| 备 注 |  |

福建省继续医学教育委员会制表