附件1

福建省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 | 临床医学□ 预防医学□中医、中西医结合、中医针灸□ 药学□ 护理学□ 医学管理□ |
| 主办单位 |  | 教学对象 |  |
| 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 |  | 培训人数 |  |
| 教学条件主办单位师资 |  |
| 水平在省内外地位项目活动主要内容及其 |  |
| （按学时列出）项目活动教学计划 |  |
| 领导意见主办单位 | 签章： |
| 备 注 |  |

福建省继续医学教育委员会制表