附件1

**中华中医药学会级继续教育项目申请表**

**(**II**类学会级)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位 |  | | | | 项目负责人 | | | |  | |
| 项目名称 |  | | | | | | | | | |
| 拟申请学分 |  | | | 举办时间 | | | |  | | |
| 计划招生数 |  | | | 培训费（元） | | | |  | | |
| 项目联系人 |  | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | E-mail | |  | | | | |
| 培训对象 |  | | | | | | | | | |
| 师资情况 | 姓名 | 职称 | 单位 | | | | 讲授内容 | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
|  |  |  | | | |  | | | |
| 培训内容 |  | | | | | | | | | |
| 培训  单位  意见 | 分会主委、负责人签字：  （单位签章） | | | | | | | | | |
| 中华中医药学会继续教育委员会审核意见 | 负责人签字  （单位签章） | | | | | | | | | |
| 核准项目名称 |  | | | | | | | 学分 | |  |
| 项目编号 |  | | | | | | | | | |

注：此表格仅用于中华中医药学会级（II类）继续教育项目申请，授予学分可在学会网站注册查询，中华中医药学会传真号码：010—84130490。