

附件 2

国家级继续医学教育项目外省举办备案表（湖北省制）

填表人： 电话： 填表日期： 年 月 日

项目编号		项目负责人		联系电话	
项目名称					
获批申办单位		联系人		联系电话	
获批举办起止日期	年 月 日— 年 月 日			举办期限	天
获批举办地点				获批学分	
项目外省举办合作单位					
外省举办起止日期	年 月 日— 年 月 日			举办期限	天
外省举办地点		拟招人数		拟授学分	
招收对象					
项目申办单位意见	单位盖章 年 月 日				
项目跨省举办合作单位意见	单位盖章 年 月 日				
举办地省级继续医学教育委员会意见	盖章 年 月 日				
备 注					

说明：1. 本表由国家级项目获批单位负责填写并加盖公章，项目跨省举办合作单位同意后加盖公章以示确认。举办地省级继教委意见须由项目举办地所在的省、自治区或直辖市审核同意后加盖公章（可由继教办代章）。

2. 我省医疗医疗机构承办或合办外省获批国家级项目，申办单位可委托合作单位在项目举办 1 个月前，将此备案表和公布的项目文件、项目拟定通知、日程安排等相关材料复印件电子版，报省继教办审核备案；会后 2 周内，将会议签到情况及总结反馈备案。

3. 我省获批国家级项目在外省举办的，项目举办前备案流程同省内举办项目，备案表可直接通过省继教管理系统提交。