附件2

锦江区2021年继续医学教育项目

学分证明申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | |  | | |
| 项目编号 | |  | 项目负责人 |  |
| 举办方式 | |  | 举办起止日期 |  |
| 教学总学时 | |  | 授予学分 |  |
| 学分  证明  申请 | 申请单位 |  | | |
| 申请数量 |  | 申请日期 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |

**备注：**

请统计项目培训人数后填写此表，并在报名截止当天及时发至邮箱1419363316@qq.com。