附件3

陕西省省级继续医学教育项目备案确认表

申报单位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 原项目编号 |  | | 项目负责人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | | | | 联系电话 |  |
| 2022年举办情况 | □ 已举办并上报执行情况 □ 受新冠肺炎疫情影响未举办 | | | | | |
| 2023年拟举办 情况 | 举办时间 | |  | | 举办地点 |  |
| 拟举办方式 | | □ 线下举办 □ 线上举办 □ 线上+ 线下举办 | | | |
| 申报单位意见 | | 盖 章 年 月 日 | | | | |
| 备注 | |  | | | | |