附件3

湖南航天医院院内继续医学教育项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主讲人姓名 |  | 职称 |  | | 所在科室 |  |
| 项目名称 |  | | | | | |
| 项目内容 |  | | | | | |
| 培训对象 |  | | | | | |
| 拟举办日期 |  | | | 共 学时，拟授予学分：二类 分 | | |
| 申请支持内容 |  | | | | | |
| 申 报 人  承诺及签名 | 我承诺，本人申报的院内继续医学教育项目由本人及所在科室负责举办，内容完全合法合规，未接受任何形式的赞助，违规、违背本承诺所产生的一切后果由本人负责。  申报人签字：  年 月 日 | | | | | |
| 科室（部门）  意见 | 科主任签字：  年 月 日 | | | | | |
| 科研教学部  意见 | 科室负责人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | | |